

FORMULARIO DE TRIAJE DE COVID-19

Iniciales del paciente: _____

Fecha: _____

¿Ha desarrollado alguno de los síntomas siguientes en los últimos 14 días?

- | | | |
|--------------------------------|----|----|
| Pérdida del gusto o del olfato | Sí | No |
| Tos reciente | Sí | No |
| Falta de aire | Sí | No |
| Náusea, vómitos o diarrea | Sí | No |
| Fiebre o escalofríos | Sí | No |
| Dio positivo para COVID-19 | Sí | No |

Iniciales del miembro del personal:

O BIEN,

¿Ha estado expuesto a alguien que dio positivo en las últimas 3 semanas?

- | | | |
|---|----|----|
| ¿Está esperando los resultados de una prueba reciente de covid? | Sí | No |
|---|----|----|



Si respondió Sí a cualquiera de las anteriores, no puede visitarnos.