COVID-19 SCREENING QUESTIONNAIRE

**Medical / Dental Pt Temperature: \_\_\_\_\_\_\_ Pt Chart #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Have you experienced any of the following symptoms in the last 48 hours?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fever or chills | □ Yes | □ No |
| Cough | □ Yes | □ No |
| Shortness of breath or difficulty of breathing | □ Yes | □ No |
| Fatigue | □ Yes | □ No |
| Muscle or body aches | □ Yes | □ No |
| Headache | □ Yes | □ No |
| New loss of taste or smell | □ Yes | □ No |
| Sore throat | □ Yes | □ No |
| Congestion or runny nose | □ Yes | □ No |
| Nausea or vomiting | □ Yes | □ No |
| Diarrhea | □ Yes | □ No |
| Within the past 14 days, have you been in close physical contact (6 feet or closer for at least 15 minutes) with a person who is known to have laboratory-confirmed COVID-19 or with anyone who has any symptoms consistent with COVID-19? | □ Yes | □ No |
| Are you isolating or quarantining because you may have been exposed to a person with COVID-19 or are worried that you may be sick with COVID-19? | □ Yes | □ No |
| Are you currently waiting on the results of a COVID-19 test? | □ Yes | □ No |
| Are you COVID-19 vaccinated? | □1stdose  □2nddose  □Booster | □ No |
| Are you interested in receiving a FLU vaccine? | □ Yes | □ No |

NAME:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CUESTIONAIRO DE DETECCION DE COVID-19

**Medical / Dental Pt Temperature: \_\_\_\_\_\_\_ Pt Chart #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas en las últimas 48 horas?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fiebre o escalofríos | □ Sí | □ No |
| Tos | □ Sí | □ No |
| Dificultad para respirar (siente que le falta el aire) | □ Sí | □ No |
| Fatiga | □ Sí | □ No |
| Dolores musculares y dolor de cuerpo | □ Sí | □ No |
| Dolor de cabeza | □ Sí | □ No |
| Nueva pérdida reciente del olfato o el gusto | □ Sí | □ No |
| Dolor de garganta | □ Sí | □ No |
| Congestión o moqueo | □ Sí | □ No |
| Náuseas o vómitos | □ Sí | □ No |
| Diarrea | □ Sí | □ No |
| En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto físico cercano (6 pies o más cerca durante al menos 15 minutos) con una persona que tiene COVID-19 confirmando por laboratorio o con alguien que tenga algún síntoma consistente con COVID-19? | □ Sí | □ No |
| ¿Estas aislado o puesto en cuarentena porque puede haber estado expuesto a una persona con COVID-19 o le preocupa estar enfermo con COVID-19? | □ Sí | □ No |
| ¿Estas esperando el resultado de una prueba de COVID-19? | □ Sí | □ No |
| ¿Estás vacunado contra COVID-19? | □1dosis  □2dosis  □Booster | □ No |
| ¿Está interesado en recibir una vacuna de FLU? | □ Sí | □ No |

NOMBRE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMENTO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_