



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	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Cough	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Shortness of breath or difficulty of breathing	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Fatigue	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Muscle or body aches	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Headache	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
New loss of taste or smell	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Sore throat	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Congestion or runny nose	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Nausea or vomiting	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Diarrhea	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Are you currently waiting on the results of a COVID-19 test?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Are you COVID-19 vaccinated?	<input type="checkbox"/> 1 st dose <input type="checkbox"/> 2 nd dose <input type="checkbox"/> Booster	<input type="checkbox"/> No
Are you interested in receiving a FLU vaccine?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No

NAME: _____

DATE: _____

DOB: _____

CUESTIONARIO 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	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Tos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Dificultad para respirar (siente que le falta el aire)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Fatiga	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Dolores musculares y dolor de cuerpo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Nueva pérdida reciente del olfato o el gusto	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Dolor de garganta	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Congestión o moqueo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Náuseas o vómitos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Diarrea	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Estas esperando el resultado de una prueba de COVID-19?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Estás vacunado contra COVID-19?	<input type="checkbox"/> 1dosis <input type="checkbox"/> 2dosis <input type="checkbox"/> Booster	<input type="checkbox"/> No
¿Está interesado en recibir una vacuna de FLU?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

NOMBRE: _____

FECHA: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____