

**Cuestionario de detección de la enfermedad por coronavirus
(COVID-19)**

1. Ha viajado fuera de EE.UU. en los últimos 14 días? Si NO
2. Tiene usted (o alguien en su hogar) alguno de los siguientes síntomas?
Fiebre, Tos Y Dificultad para respirar Si NO
3. Ha tenido contacto con alguien con COVID-19 confirmado en los últimos
14 días? Si NO
4. Tiene actualmente fiebre de mas de 100 Fahrenheit, dificultad para
respirar o tos? Si NO

Firma del paciente: _____

Fecha: _____