Para preguntas sobre los criterios de evaluación, por favor reenviar un HICS 213 a Operations Chief at System IC

Guía ACTUAL de COVID-19 - última actualización 2 de junio de 2020

Pautas de evaluación del paciente

Escriba el nombre LEGAL del paciente en letras de molde:

_____

Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Genero: _____ Fecha de nacimiento: _____ Últimos 4 números de su seguro social: _____

Tipo de Cita: _____ Formulario completado: ☐ En Persona ☐ Vía teléfono

Síntomas o exposición visible o reportadas por el paciente:

☐ Fiebre mayor de 100°F o se ha medicado en las últimas cuatro horas para tratar la fiebre mas de 100°F

Temperatura del paciente: _____

☐ Tos o falta de aliento, reciente o empeorando en los últimos 7 días

☐ El paciente espera la confirmación de una prueba de laboratorio del COVID-19 o salio positivo para el COVID y no ha sido liberado por el Departamendo de Salud.

☐ El paciente ha estado en contacto cercano y sin protección (menos de 6 pies por mas de 15 minutos) con una persona con COVID-19 confirmado o se le ha instruido que se aísle en cuarentena debido a una posible exposición.

☐ Por lo menos **DOS** de los siguientes síntomas, si son **RECIENTES** de los pasados 7 días (Marque los síntomas reportados):

- ○ **Dolor de garganta**
- ○ **Dolor de cabeza**
- ○ **Nariz mocosa**
- ○ **Perdida de sabor u olor**
- ○ **Fatiga**
- ○ **Dolor muscular**
- ○ **Nausea**
- ○ **Vomito**
- ○ **Constipación**
- ○ **Diarrea**
- ○ **Escalofríos**
- ○ **Temblor con escalofríos**

Persona de registraduria que completo el formulario:

Nombre_____ Fecha/Hora_____

Nombre en letra de molde