



For questions about screening criteria, please
forward an HICS 213 to Operations Chief at System IC.

GUÍA ACTUAL PARA COVID-19 - Actualización más reciente el 29 de Marzo de 2020

Instrucciones para la Evaluación del Paciente (Patient Screening Guidelines)

Escriba el Nombre LEGAL del Paciente:

Apellido Nombre Segundo Nombre

Formulario llenado: ☐ En Persona ☐ Por Teléfono Tipo de Cita :

Sexo: Fecha de Nacimiento:

Últimos 4 números de seguro social:

Número de Teléfono:

Condado donde vive:

Señales y Síntomas Clínicos (Uno/a debe estar presente como indicación de riesgo):

- ☐ Fiebre mayor a 100.4°F (TEMPERATURA _____)
- ☐ Ha sido medicado con Tylenol o Motrin en las últimas 4 horas para bajar la fiebre de más de 100.4°F
- ☐ tos, reciente o empeorando en los últimos 7 días
- ☐ Dificultad al respirar, reciente o empeorando en los últimos 7 días

Y uno de los siguientes factores indicados debajo:

- ☐ Historial de viajes a áreas geográficas afectadas dentro de los últimos 14 días (Encierre en un círculo el lugar identificado)
[Ver lista de países] [Refer to list of countries]
[Ver lista de lugares en los E.E.U.U.] [Refer to list of parts of the U.S.]
- ☐ El paciente ha estado en un crucero transoceánico o crucero fluvial (en ríos) en los últimos 14 días.
- ☐ El paciente ha tenido contacto cercano con un paciente que se sospeche tenga el COVID-19 o que a través de análisis de laboratorio salió positivo en la prueba de COVID-19 dentro de los 14 días desde la aparición de los síntomas.
- ☐ El paciente es una persona que reside en una vivienda comunitaria o compartida incluyendo establecimiento médico o penitenciario (correcional) en donde haya una suma de infecciones que no se deban a la influenza y que se sospeche sean debido al COVID-19. Puede ser trabajador o paciente/residente.
- ☐ El paciente es un adulto de 65 años o mayor; tiene un problema de salud crónico tales como la diabetes, enfermedad cardiovascular (Corazón), enfermedad renal crónica (riñón) o enfermedad pulmonar crónica (pulmón); está en un estado inmunocomprometido ; o toma medicamentos inmunosupresores.

Staff Name _____ Date/Time _____

(Nombre del Personal)

Print Name

(Escriba el Nombre)

(Fecha /hora)