**Covid Screening**

**Temperature:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Patient Name:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Please circle YES or NO to the following questions:**

1. Have you traveled outside of the USA in the last 14 days? YES NO

2. Have you traveled within the USA in the last 14 days? YES NO

3. Have you been in close contact with COVID-19? YES NO

4. Do you currently have fever or lower respiratory symptoms such as cough or shortness of breath?

YES NO

5. Do you have a new onset of cold symptoms such as cough and runny nose? YES NO

**Temperatura:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Marque SI o NO en las siguientes preguntas:**

1. ¿Ha viajado usted en los últimos 14 días fuera de los Estados Unidos? SI NO

2. ¿Ha viajado usted en los últimos 14 días dentro de los Estados Unidos? SI NO

3. ¿Ha estado en contacto con alguien positivo por COVID-19? SI NO

4. ¿Actualmente tiene fiebre o síntomas respiratorios inferiores como tos o dificultad

para respirar? SI NO

5. ¿Tiene un nuevo inicio de síntomas de resfriado como tos y alergias? SI NO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Patient's Signature/ Firma del paciente Date/ Fecha