

Baptist Health International

Formulario de registro

Contáctenos 24/7: International@BaptistHealth.net | 786-596-2373



Fecha: ____ / ____ / ____ Representante local (si aplica): _____

Nombre : _____ Fecha de Nacimiento: Mes ____ / Día ____ / Año ____

PREGUNTAS DE EVALUACIÓN DE COVID-19

En Baptist Health valoramos enormemente la seguridad de nuestros pacientes, sus familiares y la comunidad en general. Estamos siguiendo las pautas del Departamento de Salud del Estado de la Florida para la detección del COVID-19. Favor responda a las siguientes preguntas. Tenga en cuenta que es posible que le hagan nuevamente estas mismas preguntas o preguntas similares durante su visita a las instalaciones de Baptist Health.

- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas en el transcurso de los últimos 14 días?

<input type="checkbox"/> Tos	SÍ	NO
<input type="checkbox"/> Dificultad para respirar u opresión en el pecho	SÍ	NO
<input type="checkbox"/> Dolor de garganta	SÍ	NO
<input type="checkbox"/> Fiebre = o> 100.4 ° F (escalofríos / sudores)	SÍ	NO
<input type="checkbox"/> Diarrea	SÍ	NO
<input type="checkbox"/> Mialgia (dolores corporales)	SÍ	NO
<input type="checkbox"/> Nueva pérdida de sabor u olfato	SÍ	NO
- ¿Ha estado en contacto cercano con alguien a quien le hayan hecho la prueba del COVID-19 o le hayan diagnosticado esta enfermedad?

SÍ	NO
----	----
- ¿Ha estado expuesto a alguien que haya sido diagnosticado con COVID-19 en su trabajo?

SÍ	NO
----	----
- ¿Ha tenido anteriormente un resultado positivo a la prueba del COVID-19?

SÍ	NO
----	----
- ¿Qué países ha viajado en los últimos 14 días?

Si respondió Sí a alguna de las preguntas anteriores, tendremos que hacerle otros exámenes. Los pacientes citados para procedimientos quirúrgicos serán examinados para detectar COVID-19 durante las pruebas pre operatorias (por lo menos con tres días antes de su procedimiento). Baptist Health cancelará las citas/procedimientos de los pacientes que tengan un resultado positivo de COVID-19.

[Haga clic aquí para confirmar que está de acuerdo con el proceso de evaluación COVID-19 de Baptist Health](#)

Baptist Health International

Formulario de registro

Contáctenos 24/7: International@BaptistHealth.net | 786-596-2373



DIRECCIÓN E INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Dirección en su país: _____

Ciudad: _____ País: _____ Número de cédula: _____

Email: _____ Teléfono internacional: _____

Dirección postal: _____

Si está disponible, su teléfono local en los EE.UU.: _____

Si está disponible, su dirección local en los EE.UU.: _____

¿Tiene actualmente una visa para ingresar a los Estados Unidos? SÍ NO

Idiomas: _____

Género: _____ Raza: _____

Religión: _____ Estado civil: _____

¿Eres Diabético?: SÍ NO

INFORMACION DE EMPLEO

Empleo: _____ Título: _____

Empleador: _____ Teléfono (Empleador): _____

Dirección de Empleador: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Contacto de Emergencia: _____ Parentesco: _____

Teléfono del Contacto de Emergencia: _____

Baptist Health International

Formulario de registro

Contáctenos 24/7: International@BaptistHealth.net | 786-596-2373



INFORMACIÓN DEL SEGURO

Marque aquí si pagara por su propia cuenta

Nombre de la agencia aseguradora: _____

Número de póliza: _____ Teléfono (Aseguradora): _____

Nombre del grupo: _____ Número del grupo: _____

Nombre del asegurado principal: _____ Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____

¿Hay otra persona que usted autoriza solicitar información sobre su factura o hablar sobre su caso?

Nombre : _____ Teléfono: _____

También incluye una copia de su tarjeta de seguro medico (ambos lados).

FUENTE DE REFERENCIA Y MÉDICOS LOCALES

¿Cómo se entero de Baptist Health? _____

Médico de Referencia: _____ Email: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Celular: _____ Otro Teléfono: _____

Especialidad: _____ Subespecialidad: _____

Hospital(es) asociado(s): _____

Práctica privada: _____ Empleado por el hospital: _____ Idioma(s): _____

Médico de Atención Primaria (MAP): _____ Teléfono (MAP): _____

Email (MAP): _____ Fax (MAP): _____

Baptist Health International

Formulario de registro

Contáctenos 24/7: International@BaptistHealth.net | 786-596-2373



INFORMACIÓN DE CITA

Fecha preferida para la cita: _____

Fechas de viaje: Entre _____ y _____

¿Necesita alojamiento durante su estadía? Sí NO

¿Necesita transporte? Sí NO

Diagnóstico / Síntomas:

Notas adicionales

Enviarnos las órdenes médicas para su procedimiento o reportes médicos para revisión por nuestro equipo medico por fax 786-596-5979 o e-mail: International@BaptistHealth.net. También incluye una copia de su tarjeta de seguro medico (ambos lados).