



Record #:

A medida que las preocupaciones sobre el COVID-19 continúan creciendo, solicitamos que todos los clientes completen este cuestionario de evaluación. Su participación es esencial para ayudarnos a tomar medidas de precaución para proteger su salud y la de todos en Hispanic Family Counseling Inc.

Nombre del Cliente: _____

Nombre del Terapeuta: _____

<i>Si la respuesta es "sí" a cualquiera de las siguientes preguntas, la cita no puede hacerse en la oficina. Tiene la opción de completar la sesión a través de Telehealth o reprogramar la sesión para después de la cuarentena (mínimo 14 días a partir de hoy). Para la sesión de Telehealth, el consentimiento de Telehealth DEBE estar archivado en su expediente.</i>					
¿Usted o sus familiares han regresado de un viaje internacional o nacional (de estado a estado) en los últimos (14) días?	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 0 10px;">SI</td> <td style="padding: 0 10px;">NO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	SI	NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI	NO				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
¿Usted o los miembros de su familia han tenido contacto cercano o cuidando de alguien diagnosticado con COVID-19 en los últimos (14) días?	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 0 10px;">SI</td> <td style="padding: 0 10px;">NO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	SI	NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI	NO				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
¿Usted o sus familiares han experimentado síntomas de resfriado o gripe en los últimos (14) días (fiebre, tos, dolor, garganta, enfermedades respiratorias o dificultad para respirar)?	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 0 10px;">SI</td> <td style="padding: 0 10px;">NO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	SI	NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI	NO				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
¿Autoriza a Hispanic Family Counseling a tomar su temperatura corporal utilizando un termómetro no invasivo?*	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 0 10px;">SI</td> <td style="padding: 0 10px;">NO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	SI	NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI	NO				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

**Si se negara a autorizar a que Hispanic Family Counseling tome su temperatura corporal, esto podrá ser razón suficiente para que el servicio no sea provisto y el mismo tenga que ser reprogramado.

Firma del Cliente/Padre/Tutor

Fecha

Nombre del Padre/Tutor

Nombre del Testigo

Firma del Testigo

Fecha