

EVALUACION DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS : PACIENTES Y VISITAS

Debe ser completado por todos los pacientes y visitas a la entrada del edificio

1. Le han diagnosticado COVID-19 anteriormente? ☐ No ☐ Si, Cuando? _____
2. Usted O alguien cercano han estado en contacto con alguien que a sido diagnosticado o esta siendo observado para COVID-19 en los últimos 14 días? ☐ No ☐ Si
3. Usted o alguien cercano ha tenido algunos de los siguientes síntomas en la ultima semana?

Fiebre (mayor de 37.78°C o 100.0°F)	☐ No ☐ Si
Fuerte dolor de cabeza	☐ No ☐ Si
Diarrea/Vómitos/Dolor abdominal	☐ No ☐ Si
Enfermedades respiratorias/tos	☐ No ☐ Si
Nuevo o/ Toz esta empeorando	☐ No ☐ Si
Garganta corta o/ garganta ronca	☐ No ☐ Si
Falta de respiración	☐ No ☐ Si
Perdida del olfato	☐ No ☐ Si
Perdida del gusto	☐ No ☐ Si
Hemorragia sin motivo (sangrado o moretones/moretas)	☐ No ☐ Si
Fatiga	☐ No ☐ Si
Dolor muscular generalizado, debilidad, o cambios en la piel	☐ No ☐ Si

Nombre y apellido

Firma

Fecha/Hora

Iniciales del evaluador _____

A discreción de la gerencia (Si corresponde) _____

SCOI- COVID 19- REGLAMENTO PARA LAS VISITAS

Para controlar el número de personas en las áreas de SCOI y minimizar su exposición y también cumplir con las normas de distanciamiento físico, no se permitirá a ningún paciente de SCOI venir con un acompañante al edificio, a menos que requieran de un asistente o cuidador ya sea debido a una discapacidad, o que el paciente sea menor de 18 años y necesite la presencia de un adulto. En estos casos un solo acompañante será permitido. Todo lo demás que es innecesario, se puede comunicar vía telefónica/ correo electrónico/telesalud (*Telehealth*). Los demás acompañantes del paciente deberán esperar afuera del edificio o en sus vehículos