

EVALUACION DE ENFERMEDADES INFECTO CONTAGIOSAS : PACIENTES Y VISITAS

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

1. 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
2. Se le ha aconsejado/indicado a comenzar con las pruebas/supervisado para la cuarentena del COVID-19 en los últimos días a alguien en su casa, o ha alguien con el cual usted ha estado en contacto cercano? No Si
3. Usted o alguien cercano ha tenido algunos de estos síntomas en la ultima semana?

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