

Patient Name/Paciente: \_\_\_\_\_ DOB:/Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Phone#/Numero de telefono: \_\_\_\_\_

In order to provide the best care possible, please answer the questions below:

1. Have you traveled outside the United States this year?  YES  NO  
If YES, where?
2. Have you been exposed to someone who has tested positive for Covid-19?  YES  NO
3. If YES, who was quarantined or diagnosed with Covid-19?  
Are they under medical treatment?
4. I have previously tested positive for Covid-19.  YES; date \_\_\_\_\_  NO
5. Do you have any of the following symptoms:

<input type="checkbox"/> Fever	<input type="checkbox"/> Muscle aches	<input type="checkbox"/> Headache
<input type="checkbox"/> Cough	<input type="checkbox"/> Nausea and vomiting	<input type="checkbox"/> Chills
<input type="checkbox"/> Shortness of breath	<input type="checkbox"/> Diarrhea/Abdominal Pain	<input type="checkbox"/> Loss of taste or smell
<input type="checkbox"/> Tiredness, Fatigue	<input type="checkbox"/> Sore throat	Other: _____

6. Do you live in a group home OR assisted living center OR long-term care facility OR a personal residence with any other individual over 60 years old?  YES  NO
7. Do you work in a hospital, long-term care facility/assisted living facility?  YES  NO
8. Are you experiencing any symptoms currently?  YES  NO \_\_\_\_\_  
(This will not affect your testing eligibility)
9. Do you have any of the following diseases/illnesses?

<input type="checkbox"/> Heart Disease	<input type="checkbox"/> Strokes/Clotting Disorder	<input type="checkbox"/> Asthma
<input type="checkbox"/> Kidney Disease	<input type="checkbox"/> COPD/Emphysema	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Respiratory Disease	<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Other

Para brindar la mejor atención posible, responda las siguientes preguntas:

1. Ha viajado fuera de los Estados Unidos este año?  SI  NO  
Si es así, dónde?
2. Ha estado expuesto a alguien que haya dado positivo en la prueba de Covid-19?  SI  NO
3. En caso afirmativo, quién fue puesto en cuarentena o diagnosticado con Covid-19?  
Están bajo tratamiento médico?
4. Anteriormente he dado positivo por Covid-19.  SI; fecha \_\_\_\_\_  NO
5. ¿Tiene alguno de los siguientes síntomas?

<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Dolores musculares	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza
<input type="checkbox"/> Tos	<input type="checkbox"/> Náuseas y vómitos	<input type="checkbox"/> Resfriado
<input type="checkbox"/> Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/> Diarrea/Dolor abdominal	<input type="checkbox"/> Pérdida del gusto u olfato
<input type="checkbox"/> Cansancio, fatiga	<input type="checkbox"/> Dolor de garganta	Otro: _____

6. Vive en un hogar colectivo O en un centro de vida asistida O en un centro de atención a largo plazo O en una residencia personal con cualquier otra persona mayor de 60 años?  
 SI  NO
7. Trabaja en un hospital, centro de cuidados a largo plazo / centro de vida asistida?  
 SI  NO
8. Tiene algún síntoma actualmente?  SI  NO \_\_\_\_\_  
(Esto no afectará su elegibilidad para la prueba)
10. ¿Tiene una de estas enfermedades?

<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/> Accidentes Cerebrovasculares/Coagulación	<input type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones	<input type="checkbox"/> COPD/Enfisema	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Enfermedad Respiratoria	<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Otro

**PHC Staff ONLY:**

Urgent Care F/U Appt.: \_\_\_\_\_

Urgent Care New Pt.: \_\_\_\_\_

WC Employer: \_\_\_\_\_ F/U Appt.: \_\_\_\_\_

Occ. Med. Employer: \_\_\_\_\_ F/U Appt.: \_\_\_\_\_