

Vigilancia Para Cuestionario De Prueba

SITE _____

Nombre (Name): _____ **Fecha de nacimiento: (DOB):** ____/____/____

Dirección (Address): _____

Teléfono (Phone): _____ **Correo electrónico (Email):** _____

Sexo (Sex): Masculino (Male) Femenino (Female) **Cuántas personas viven donde vives?** _____

Origen étnico (Ethnicity): Hispano/latino No hispano/latino No especificado

Raza (marque todo lo que corresponda): Asiático Indio Americano/native de Alaska Negro o afroamericano
 Nativo de Hawái/otro isleño del Pacífico Blanco Otro, especifique: _____ Desconocido

Síntomas (Symptoms) **Sí (Yes)** (Fiebre, tos, goteo nasal, dolores musculares, dolor de garganta, dificultad para respirar, náuseas/vómitos, dolor de cabeza, pérdida de sabor o olor)
 No

¿Enfermedad preexistente? (Pre-existing medical condition) **Sí (Yes)** (EPOC (COPD), diabetes mellitus, enfermedad cardíaca, presión arterial alta (hipertensión), Enfermedad crónica del riñón, Enfermedad crónica del hígado, Procesos o padecimientos que afectan su sistema inmunológico, Trastorno neurológico o del desarrollo neurológico, Fumador actual, Exfumador, Si es mujer, ¿está embarazada?)
 No

¿Alguno de los siguientes se aplica a usted? (Do any of the following apply to you?)

Profesional de la salud (hospital, atención domiciliaria, paramédico, consultorio de atención primaria, etc.)
tipo de instalación: _____ ¿Cuál es su trabajo?: _____

Vive o trabaja en un entorno de vivienda grupal (residencia de ancianos o vivienda asistida, albergue para personas sin hogar, centro correccional, centro de cuidado infantil, hogar grupal , etc.)
tipo de instalación: _____ Empleado o Residente: _____
si es empleado, ¿cuál es su trabajo?: _____

Trabajador esencial o con alto riesgo de exposición (el trabajo lo pone en contacto con muchas personas, como trabajador de una tienda de comestibles, empleado del servicio alimentarios, conductor de autobús, oficial de policía, personal de entrega, trabajador postal, etc.)
¿Qué tipo de empresa es? _____ ¿Cuál es su trabajo allí? _____

Empleado en Construcción, paisajismo, otro trabajo de contratación. Dónde? _____

¿Contacto cercano con otra persona enferma con COVID-19?
¿Fue un contacto en el hogar? Sí (Yes) No Desconocido
¿Fue un contacto en la comunidad? Sí (Yes) No Desconocido
¿Fue un contacto de atención de la salud? Sí (Yes) No Desconocido