

Healthy Back Chiropractic

1707 Lansing Ave. NE
phone: (503) 589-0700

Salem, OR 97301
fax: (503) 586-0255

www.HealthyBackChiropractic.com

EXAMEN COVID-19

Nombre _____ Fecha _____

Firma de Padre/Tutor _____

Instrucciones de uso: Marque SÍ o NO para cada pregunta a continuación y firme la parte inferior del formulario confirmando que ha respondido lo mejor que puede.

¿Tiene fiebre o ha tenido fiebre en las últimas 48 horas? SÍ NO

¿Tienes tos? SÍ NO

¿Tiene dificultad para respirar o dificultad para respirar? SÍ NO

¿Tiene escalofríos o temblores repetidos con escalofríos? SÍ NO

¿Está en contacto con alguien que haya sido confirmado como positivo para COVID-19? SÍ NO

¿Ha viajado en los últimos 14 días fuera de los EE. UU.? ¿Le han dicho que puede haber estado expuesto al virus? SÍ NO

¿Le han diagnosticado COVID-19? SÍ NO

Las respuestas positivas a cualquiera de estos probablemente indicarían una discusión más profunda con el médico antes de continuar con el tratamiento.

Firma _____

Staff Use: Appt Kept Rescheduled Staff Signature _____

Instructions for use: Use one form for each patient appointment. Ask the patient these questions at the time appointment is made or with appointment reminder, and again when they arrive for appointment.

***If patient answers "yes" to either question on shortness of breath or coughing, or answers yes to any combination of two other symptoms and the patient does not need emergency care, consider not scheduling or seeing the patient until symptoms resolve or until patient can provide proof they are not infectious for COVID-19. The doctor may want to seek additional information from the patient regarding symptoms.*