DEPARTMENT OF STATE HOSPITALS - ATASCADERO
PO Box 7001
Atascadero, CA 93423-7001
805-468-2001

17 de Enero del 2013

Querido Visitante:

Para ayudarnos a garantizar la salud de nuestros pacientes y empleados, les pedimos que por favor complete el siguiente cuestionario para indicar si actualmente usted tiene cualquiera de las siguientes condiciones.

1.	¿Fiebre?	Sí__	No__
2.	¿Tos Activa?	Sí__	No__
3.	¿Escalofríos con temblor?	Sí__	No__
4.	¿Dolor de garganta sin inflamación de sus glándulas en el cuello?	Sí__	No__
5.	¿Dolor severo e inusual de cabeza y cuello?	Sí__	No__
6.	¿Vomito y diarrea en las ultimas 48 horas?	Sí__	No__
7.	¿En el mes pasado ha estado usted alrededor de una persona que tenga sarampión, paperas o viruela y usted nunca los a tenido o ha sido vacunado contra ellas?	Sí__	No__

Si usted tiene algunas de las condiciones mencionadas arriba, su visita de hoy puede ser cancelada, le aconsejamos que busque atención medica con su medico lo más pronto posible.

_____ _____ _____
Nombre en letra de molde Firma Fecha

Una vez que se recupere usted puede regresar a visitar.

Gracias por su cooperación.

Linda Persons

LINDA S. PERSONS
Directora Ejecutiva