

DEPARTMENT OF STATE HOSPITALS - ATASCADERO

PO Box 7001
 Atascadero, CA 93423-7001
 805-468-2001



10 de Septiembre del 2015

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 ($\geq 100^{\circ}\text{F}$) en los últimos 7 días? | Sí__ | No__ |
| 2. | ¿Tos Activa? | Sí__ | No__ |
| 3. | ¿Escalofríos con temblor? | Sí__ | No__ |
| 4. | ¿Dolor de garganta con o sin inflamación de sus glándulas en el cuello? | Sí__ | No__ |
| 5. | ¿Dolor severo o inusual de cabeza y cuello? | Sí__ | No__ |
| 6. | ¿Vomito o diarrea en las ultimas 48 horas? | Sí__ | No__ |
| 7. | ¿En el mes pasado ha estado usted alrededor de una persona que tenga la tos ferina, sarampión, paperas, varicela o el herpes zoster y usted nunca los a tenido o ha sido vacunado contra ellas? | Sí__ | No__ |
| 8. | ¿Ya recibio vacuna para la temporada de la gripe de 2015-2016? | Sí__ | No__ |
| 9. | ¿Ha viajado a o estado cerca de alguien que ha viajado a los siguientes países dentro de los ultimos 21 días: Sierra Leona, Liberia, Guinea, Líbano, Jordan, Arabia Saudita, Emiratos Árabes Unidos, Kuwait, Yemen, Omán, Irán, o Qatar? | 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.

STIRLING C. PRICE, LCSW
 Director Ejecutivo