

**DEPARTMENT OF STATE HOSPITALS - ATASCADERO**

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



*23 de Noviembre del 2015*

Querido Visitante:

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

- |     |  |      |      |
|-----|--|------|------|
| 1.  | ¿Fiebre activa o 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 últimas 48 horas?   | Sí__ | No__ |
| 7.  | ¿Ha recibido tratamiento de una condición contagiosa en las últimas 2 semanas (sarna, piojos, etc)?  | Sí__ | No__ |
| 8.  | ¿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__ |
| 9.  | ¿Ya recibido vacuna para la temporada de la gripe de 2015-2016?  | Sí__ | No__ |
| 10. | ¿Ha viajado o estado cerca de alguien que ha viajado a los siguientes países dentro de los últimos 21 días: Sierra Leona, Liberia, Guinea, Líbano, Jordán, 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  
Director Ejecutivo