

DEPARTMENT OF STATE HOSPITALS - ATASCADERO

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



Octubre 31, 2019

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 ultimas 48 horas? | Sí | _____ | No | _____ |
| 7. ¿Ha recibido tratamiento de una condición contagiosa en las ultimas 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 2019-2020? (Debe proporcionar prueba que recibió la vacuna contra la gripe o usar una mascarilla) | 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.

(Firma Original)

Jason Black
 Director Ejecutivo (Temporario)