



Formulario de evaluación de la salud

- **Completar antes y en el momento de los encuentros cara a cara con los clientes.**
- **Informe cualquier respuesta positiva a Superior**
- **Siga las pautas del DPH del condado de Los Ángeles para cubrirse el rostro, distanciamiento social 6 'uso frecuente de desinfectante / lavado de manos**

fecha:	Niño		Cuidador	
	Sí	No	Sí	No
Iniciales del niño:				
¿Usted o alguien de su hogar ha tenido fiebre, se sintió acalorado o con fiebre en los últimos 14 a 21 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene dificultad para respirar u otras dificultades para respirar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tienes tos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Algún síntoma similar a la gripe, como malestar gastrointestinal, dolor de cabeza o fatiga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha experimentado recientemente una pérdida del gusto o del olfato?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Está en contacto con algún paciente positivo COVID-19 confirmado??	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene más de 60 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene enfermedad cardíaca, pulmonar, renal, diabetes o algún trastorno autoinmune?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha viajado en los últimos 14 días a alguna región afectada por COVID-19? (según corresponda a su ubicación)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha estado en grandes multitudes o reuniones de grupo (es decir, Rally, Party) desde la última visita cara a cara?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tenga en cuenta:

- Los pacientes que se encuentran bien pero que tienen un familiar enfermo en casa con COVID-19 deben considerar posponer el tratamiento electivo.
- Cualquier respuesta afirmativa conducirá a una discusión más profunda y posiblemente resultará en la cancelación de los servicios en persona por un mínimo de 2 semanas.
- En el caso de una cancelación temporal de las sesiones presenciales, la familia y el proveedor pueden reanudar los servicios a través de tele-salud

Nombre de Cuidador: _____