



COVID-19 PATIENT QUESTIONNAIRE

- YES NO 1. Have you been exposed to a COVID-19 suspected or infected person?
- YES NO 2. Have you traveled in the last month?
- YES NO 3. Have you had any family or friends visit or have you visited any family or friends recently?
- YES NO 4. If you visited family or friends, did everyone "social distance" and wear a face mask?
5. Have you developed any of these symptoms recently? Mark all that apply.
- Fever
 - Chills
 - Cough
 - Shortness of breath or difficulty breathing
 - Fatigue
 - Muscle weakness or body aches
 - Headache
 - New loss of taste or smell
 - Sore throat
 - Congestion or runny nose
 - Nausea or vomiting
 - Diarrhea

Patient Name _____ Date of Birth _____

Home Address _____

Phone _____ Alternate Phone _____

Emergency Contact & Phone _____

Preferred Pharmacy & Phone _____

I, the undersigned, certify that I have given true, accurate, and complete information on this questionnaire to the best of my knowledge.

Patient/Guardian Signature _____ Date _____



COVID-19 CUESTIONARIO DEL PACIENTE

- SI NO 1. ¿Ha estado expuesto a una persona de quien se sospecha o esta infectada con COVID-19?
- SI NO 2. ¿Ha viajado en el último mes?
- SI NO 3. ¿Ha tenido alguna visita o ha visitado recientemente a familiares o amigos?
- SI NO 4. Si visitó a familiares o amigos, ¿todos se "distanciaron socialmente" y usaron una máscara facial?
- SI NO 5. ¿Ha desarrollado alguno de estos síntomas recientemente? Marque todo lo que corresponda.
- Fiebre
 - Escalofrios
 - Tos
 - Falta de aliento o dificultad para respirar
 - Fatiga
 - Debilidad muscular o dolores corporales
 - Dolor de cabeza
 - Nueva pérdida de sabor o olfato
 - Dolor de garganta
 - Congestión o secreción nasal
 - Náuseas o vómitos
 - Diarrea

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección de Casa _____

Teléfono _____ Teléfono Alternativo _____

Contacto de Emergencia y Teléfono _____

Farmacia Preferida y Teléfono _____

Yo, el firmante, certifico que he dado información verdadera, precisa y completa sobre este cuestionario a lo mejor de mi conocimiento.

Firma del Paciente/Tutor _____ Fecha _____