



CUESTIONARIO DE DETECCIÓN DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS para PACIENTES en ÁREA DE TRIAJE/REGISTRO

Por favor responda todas las preguntas a continuación.

Esta información nos ayudará a mantener sanos a nuestros pacientes y personal.

1. ¿Tiene usted alguno de los siguientes síntomas (marque todos los que apliquen)?		
¿Fiebre o escalofríos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Sarpullido?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Una nueva tos, falta de respiración o dolor de garganta?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Dolores en el cuerpo / en los músculos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Cansancio / malestar general?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Náuseas, vómito o diarrea?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Pérdida del apetito o del sentido del gusto o del olfato?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2. ¿Ha viajado fuera de los E.E.U.U. en los últimos 21 días?		
	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es sí, ¿adonde? _____		
Fecha de regreso ____/____/____		
3. ¿Ha estado en contacto cercano con alguna persona que tiene ébola/fiebre de Lassa/virus de Marburgo, sarampión, síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS), paperas, varicela, viruela del mono (Mpox) o alguna otra enfermedad conocida, inusual, altamente infecciosa en los últimos 21 días?		
	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si responde "Sí" a las preguntas 1 o 3, por favor notifique inmediatamente a un miembro del personal		