



1. ¿Tiene alguno de los siguientes síntomas? Marque todo lo que corresponda.

- Fiebre (100,4 o más)
 Tos
 Dificultad para respirar
 Sin síntomas

2. ¿Ha estado en contacto con una persona confirmada de COVID-19 en los últimos 14 días?
Marque uno.

- Si No

3. ¿Ha viajado fuera del estado de Tennessee en los últimos 14 días? Marque uno.

- Si No

* En caso afirmativo, indique a dónde viajó (ciudad, estado, país): _____

Nombre:
Fecha de nacimiento:
Teléfono móvil:
¿Es PACIENTE o VISITANTE?

<i>Sólo para uso de oficina</i>	
Patients	If response is "Yes" to 1 or 2, please reschedule appointment for the patient.
	If response is "Yes" to 3 and travel area is a high COVID-19 concentration, please reschedule appointment for patient.
Visitors	If response is "Yes" to any of the above questions, visitor cannot proceed.
Staff Signature:	Date: