NEW MEXICO DEPARTMENT OF HEALTH
FACILITY PATIENT & VISITOR SCREENING QUESTIONAIRE

In response to concerns regarding COVID-19 (coronavirus disease 2019), and in accordance with guidance issued by the Centers for Disease Control (CDC), this facility is screening all patient/visitors for certain risk factors before entrance is allowed. Facilities may restrict or limit visitation rights for reasonable clinical and safety reasons, specifically to prevent community associated infection or communicable disease transmission to the residents. See 42 CFR §483.10(f)(4).

Please answer the following questions and certify your answers by signing below:

QUESTIONS	YES	NO
1. Have you had any of these symptoms?	☐	☐

If so, circle which ones:

Fever	Muscle pain/Body aches
Cough	Sore throat
Shortness of breath or	New loss of taste and smell
difficulty breathing	Headache
Repeated shaking and chills	

	YES	NO
2. Have you or someone you have been in contact with been diagnosed with COVID-19?	☐	☐

Name:____

Signature:____

Date:________________________

https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/travelers/index.html

Memorial Medical Center

DEPARTAMENTO DE SALUD
CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL VISITANTE DE LA INSTALACIÓN

En respuesta a las preocupaciones con respecto a COVID-19 (enfermedad por coronavirus 2019), y de acuerdo con la guía emitida por los Centros para el Control de Enfermedades (CDC), esta instalación está evaluando a todos los pacientes/visitantes para detectar ciertos factores de riesgo antes de que se permita la entrada. Las instalaciones pueden restringir o limitar los derechos de visita por razones clínicas y de seguridad razonables, específicamente para prevenir la infección asociada a la comunidad o la transmisión de enfermedades transmisibles a los residentes.

Responda las siguientes preguntas y certifique sus respuestas firmando abajo:

Preguntas:	**SI**	**NO**
1. ¿Ha tenido alguno de estos sintomas?	☐	☐

Encierre con un circulo los sintomas que tiene ó ha haber tenido:

La fiebre	Dolor muscular o dolores corporales
La tos	El dolor de garganta
Problemas para respirar	Nueva perdida del olfato o del saber
Temblores o escalofrios	El dolor de cabeza

	SI	**NO**
2. ¿Tiene usted o alguien con quien ha estado en contacto que ha sido diagnosticado con COVID-19?	☐	☐

Nombre:____

Firma:______________________________________

Fecha:____________________________

https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/travelers/index.html