CAMARENA
OCCUPATIONAL HEALTH

COVID 19 Screening

Evaluación de Síntomas de COVID-19

PATIENT INFORMATION INFORMACIÓN DEL PACIENTE

First name _____ Middle intial _____ Last name _____
Nombre Inicial Apellido

Birthdate _____ Cell Phone _____ E Mail _____
Nacimiento Teléfono Correo Electrónico

1.	**Have you received the COVID -19 vaccine?** ¿Ha recibido la vacuna COVID -19?	☐ Yes Si	☐ No No
2.	**In the past 7 days have you had a fever, cough, or sore throat?** En los últimos 7 días, ¿ha tenido fiebre, tos o dolor de garganta?	☐ Yes Si	☐ No No
3.	**Have you been in contact with someone diagnosed with COVID in the last two weeks?** ¿Ha estado en contacto con alguien diagnosticado con COVID en las últimas dos semanas?	☐ Yes Si	☐ No No
4.	**Are you currently experiencing headache, congestion or runny nose?** ¿Tiene dolor de cabeza, congestión o secreción nasal actualmente?	☐ Yes Si	☐ No No
5.	**Do you have severe shortness of breath or difficulty breathing?** ¿Tiene falta de aire severo o dificultad para respirar?	☐ Yes Si	☐ No No
6.	**Do you have chills with repeated shaking** ¿Tiene escalofrios con temblores?	☐ Yes Si	☐ No No
7.	**Do you experience muscle pain/body aches unrelated to work injury?** ¿Tiene dolor musculares, no relacionado con lesion de trabajo?	☐ Yes Si	☐ No No
8.	**Are you experiencing sore throat, loss of taste or smell?** ¿Tiene perdido ge gusto y de olfato?	☐ Yes Si	☐ No No
9.	**Are you experiencing diarrhea** ¿Estás experimentando diarrea?	☐ Yes Si	☐ No No
10.	**Are you experiencing fatigue?** ¿Estás experimentando fatiga?	☐ Yes Si	☐ No No

If you answered yes to any question above except number one, please **immediately** notify the front desk staff.
Si respondió afirmativamente a cualquier pregunta anterior, excepto la número uno, notifique inmediatamente al personal de recepción.

Patient Signature _____ Print Name _____ Date _____
Firma Nombre impreso Fecha

Camarena Occupational Staff Only

For Positive Results Para resultados positivos | Completed By:

☐ Work Comp ☐ Physical/RTW Evaluation ☐ Drug & Alcohol Screen ☐ Other_____ Staff _____

If Employment related: Employer _____ Employer Phone _____ Date _____