



St. Thomas East End Medical Center Corporation
 4605 Tutu Park Mall, Sala 207
 P.O. Box 503177
 St. Thomas, VI 00805-3177

Tel: (340)775-3700
 Fax: (340)777-7927

"Su Salud es nuestra Primera Prioridad"

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Fecha de hoy: _____ Hora: _____ Paciente #: _____ Temperatura: _____

Paciente Personal Otros _____

¿El individuo acompaña al paciente? Si No

En caso afirmativo, el nombre del paciente que lo acompaña: _____

Signos y Síntomas

Please answer the following:

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | 1. ¿Ha estado expuesto a alguien que dió positivo por COVID-19? |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | 2. ¿Ha dado positivo en las prueba de COVID-19? |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | 3. Viaje reciente / estado en un avión |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | 4. Contacto con cualquier persona que viajó recientemente |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | 5. ¿Ha estado cerca de alguien que esté / estuvo enfermo? |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | 6. Tos |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | 7. Fiebre |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | 8. Vomitos y / o Diarrea |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | 9. Dificultad para respirar |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | 10. Dolor de cuerpo |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | 11. Síntomas oculares |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | 12. Síntomas de la piel / sarpullidos |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | 13. Pérdida del gusto u olfato |

Si respondió "Si" a cualquiera de las primeras 5 preguntas, indique las doración de las exposición.

Fecha desde: _____ Hasta la fecha: _____ Periodo de tiempo: _____

Explique: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Official Use Only

- | | | | | |
|---|--|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Is patient in distress | | |
| <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Did the patient receive a mask from corporation | | |
| Patient is coming to the facility for | | | | |
| <input type="checkbox"/> Dr. B. Douglas | <input type="checkbox"/> Dr. G. Caines | <input type="checkbox"/> Dr. L. Moolenaar III | <input type="checkbox"/> Business Office | <input type="checkbox"/> Pharmacy |
| <input type="checkbox"/> B. Christian, NP | <input type="checkbox"/> Dr. J. Meservy | <input type="checkbox"/> Dr. L. Thompson | <input type="checkbox"/> Executive Office | <input type="checkbox"/> Other _____ |
| <input type="checkbox"/> Dr. C. Lloyd | <input type="checkbox"/> Dr. J. Meyers | <input type="checkbox"/> N. Williams- Prince | <input type="checkbox"/> Lab | |
| <input type="checkbox"/> Dr. D. Simmonds | <input type="checkbox"/> K. Smith Wong, NP | <input type="checkbox"/> Dr. T. Richards | <input type="checkbox"/> Medical Records | |
| <input type="checkbox"/> Dr. D. Boschulte | <input type="checkbox"/> L. Gewinner | <input type="checkbox"/> V. James Danet | <input type="checkbox"/> Nurse Visit | |

Staff Signature: _____