



VEINMEDIC

MICHAEL J. KASSOUF MD, FACS , RPVI

Minimally Invasive Treatment

of Venous Insufficiency and Varicose Veins

Tel: 866-238-0131

Fax: 646-609-8794

COVID - 19

Formulario de detección

Nombre Del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Fecha De Hoy: _____

por favor circule **SÍ** o **NO** a las siguientes preguntas:

1. Has viajado fuera de los EE. UU. En los últimos 14 días? Si NO
2. Has viajado por los Estados Unidos en los últimos 14 días? Si NO
3. Has estado en un crucero en los últimos 14 días? Si NO
4. Usted y / o el paciente han estado en contacto cercano con alguien que ha viajado?
nacional o internacional en los últimos 14 días Si NO
5. Has asistido a algún evento o reunión con más de 100 personas? Si NO
6. Has estado en contacto cercano con una persona conocida por tener el nuevo coronavirus 2019 Si NO
7. Se le ha pedido a usted y / o al paciente que se auto-pongan en cuarentena? Si NO
8. Tiene actualmente fiebre o síntomas de las vías respiratorias inferiores, como tos o falta de aire? Si NO
9. Tiene un nuevo inicio de síntomas de resfriado como tos y secreción nasal? Si NO
10. Ha sido contagiado con el COVID-19 o ha tomado prueba contran el virus COVID-19 Si NO