

Family name: _____

Date: _____



First name(s)			
Current Temperature			
Possible Exclusion: Check any symptoms that this person has experienced in the last 24 hours.	<input type="checkbox"/> Headache <input type="checkbox"/> Chills <input type="checkbox"/> Diarrhea <input type="checkbox"/> Sore throat <input type="checkbox"/> Body aches <input type="checkbox"/> Rash <input type="checkbox"/> Not feeling well <input type="checkbox"/> New onset cough	<input type="checkbox"/> Headache <input type="checkbox"/> Chills <input type="checkbox"/> Diarrhea <input type="checkbox"/> Sore throat <input type="checkbox"/> Body aches <input type="checkbox"/> Rash <input type="checkbox"/> Not feeling well <input type="checkbox"/> New onset cough	<input type="checkbox"/> Headache <input type="checkbox"/> Chills <input type="checkbox"/> Diarrhea <input type="checkbox"/> Sore throat <input type="checkbox"/> Body aches <input type="checkbox"/> Rash <input type="checkbox"/> Not feeling well <input type="checkbox"/> New onset cough
Automatic Exclusion: Check any symptoms that this person has experienced in the last 24 hours.	<input type="checkbox"/> Fever (>100.0/37.8) <input type="checkbox"/> Difficulty breathing <input type="checkbox"/> Shortness of breath <input type="checkbox"/> Fatigue <input type="checkbox"/> Loss of taste or smell	<input type="checkbox"/> Fever (>100.0/37.8) <input type="checkbox"/> Difficulty breathing <input type="checkbox"/> Shortness of breath <input type="checkbox"/> Fatigue <input type="checkbox"/> Loss of taste or smell	<input type="checkbox"/> Fever (>100.0/37.8) <input type="checkbox"/> Difficulty breathing <input type="checkbox"/> Shortness of breath <input type="checkbox"/> Fatigue <input type="checkbox"/> Loss of taste or smell
Automatic Exclusion: Has anyone on this form been diagnosed, or been in close contact* in the last 14 days with someone diagnosed with COVID-19, or has any health care provider advised him/her to quarantine?			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

*Close contact is defined as being within 6 feet of someone for at least 15 minutes, or living in the same household as someone.

Family name: _____

Date: _____



First name(s)			
Current Temperature			
Possible Exclusion: Check any symptoms that this person has experienced in the last 24 hours.	<input type="checkbox"/> Headache <input type="checkbox"/> Chills <input type="checkbox"/> Diarrhea <input type="checkbox"/> Sore throat <input type="checkbox"/> Body aches <input type="checkbox"/> Rash <input type="checkbox"/> Not feeling well <input type="checkbox"/> New onset cough	<input type="checkbox"/> Headache <input type="checkbox"/> Chills <input type="checkbox"/> Diarrhea <input type="checkbox"/> Sore throat <input type="checkbox"/> Body aches <input type="checkbox"/> Rash <input type="checkbox"/> Not feeling well <input type="checkbox"/> New onset cough	<input type="checkbox"/> Headache <input type="checkbox"/> Chills <input type="checkbox"/> Diarrhea <input type="checkbox"/> Sore throat <input type="checkbox"/> Body aches <input type="checkbox"/> Rash <input type="checkbox"/> Not feeling well <input type="checkbox"/> New onset cough
Automatic Exclusion: Check any symptoms that this person has experienced in the last 24 hours.	<input type="checkbox"/> Fever (>100.0/37.8) <input type="checkbox"/> Difficulty breathing <input type="checkbox"/> Shortness of breath <input type="checkbox"/> Fatigue <input type="checkbox"/> Loss of taste or smell	<input type="checkbox"/> Fever (>100.0/37.8) <input type="checkbox"/> Difficulty breathing <input type="checkbox"/> Shortness of breath <input type="checkbox"/> Fatigue <input type="checkbox"/> Loss of taste or smell	<input type="checkbox"/> Fever (>100.0/37.8) <input type="checkbox"/> Difficulty breathing <input type="checkbox"/> Shortness of breath <input type="checkbox"/> Fatigue <input type="checkbox"/> Loss of taste or smell
Automatic Exclusion: Has anyone on this form been diagnosed, or been in close contact* in the last 14 days with someone diagnosed with COVID-19, or has any health care provider advised him/her to quarantine?			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

*Close contact is defined as being within 6 feet of someone for at least 15 minutes, or living in the same household as someone.

Nombre de la familia: _____

Fecha: _____



Primer nombre(s)			
Temperatura Actual			
Possible Exclusión: Verifique cualquier síntoma que esta persona ha experimentado en las últimas 24 horas.	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Escalofríos <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Dolor en el cuerpo <input type="checkbox"/> Rash / Brote en la piel <input type="checkbox"/> Malestar general <input type="checkbox"/> Tos de nueva aparición	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Escalofríos <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Dolor en el cuerpo <input type="checkbox"/> Rash / Brote en la piel <input type="checkbox"/> Malestar general <input type="checkbox"/> Tos de nueva aparición	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Escalofríos <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Dolor en el cuerpo <input type="checkbox"/> Rash / Brote en la piel <input type="checkbox"/> Malestar general <input type="checkbox"/> Tos de nueva aparición
Exclusión Automática: Verifique cualquier síntoma que esta persona haya experimentado en las últimas 24 horas.	<input type="checkbox"/> Fiebre (>100.0/37.8) <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar <input type="checkbox"/> Cansancio <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Pérdida del gusto u olfato	<input type="checkbox"/> Fiebre (>100.0/37.8) <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar <input type="checkbox"/> Cansancio <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Pérdida del gusto u olfato	<input type="checkbox"/> Fiebre (>100.0/37.8) <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar <input type="checkbox"/> Cansancio <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Pérdida del gusto u olfato
Exclusión Automática: ¿Alguien en este formato ha sido diagnosticado, o ha estado en contacto cercano* en los últimos 14 días con alguien que ha sido diagnosticado con COVID-19, o algún médico le ha recomendado permanecer en cuarentena?			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

* El contacto cercano se define como estar dentro de los 6 pies de alguien durante al menos 15 minutos, o vivir en el mismo hogar que alguien.

Nombre de la familia: _____

Fecha: _____



Primer nombre(s)			
Temperatura Actual			
Possible Exclusión: Verifique cualquier síntoma que esta persona ha experimentado en las últimas 24 horas.	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Escalofríos <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Dolor en el cuerpo <input type="checkbox"/> Rash / Brote en la piel <input type="checkbox"/> Malestar general <input type="checkbox"/> Tos de nueva aparición	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Escalofríos <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Dolor en el cuerpo <input type="checkbox"/> Rash / Brote en la piel <input type="checkbox"/> Malestar general <input type="checkbox"/> Tos de nueva aparición	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Escalofríos <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Dolor en el cuerpo <input type="checkbox"/> Rash / Brote en la piel <input type="checkbox"/> Malestar general <input type="checkbox"/> Tos de nueva aparición
Exclusión Automática: Verifique cualquier síntoma que esta persona haya experimentado en las últimas 24 horas.	<input type="checkbox"/> Fiebre (>100.0/37.8) <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar <input type="checkbox"/> Cansancio <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Pérdida del gusto u olfato	<input type="checkbox"/> Fiebre (>100.0/37.8) <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar <input type="checkbox"/> Cansancio <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Pérdida del gusto u olfato	<input type="checkbox"/> Fiebre (>100.0/37.8) <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar <input type="checkbox"/> Cansancio <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Pérdida del gusto u olfato
Exclusión Automática: ¿Alguien en este formato ha sido diagnosticado, o ha estado en contacto cercano* en los últimos 14 días con alguien que ha sido diagnosticado con COVID-19, o algún médico le ha recomendado permanecer en cuarentena?			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

* El contacto cercano se define como estar dentro de los 6 pies de alguien durante al menos 15 minutos, o vivir en el mismo hogar que alguien.