

Cuestionario de evaluación del cliente

Si el cliente responde "sí" a alguna de las preguntas, el terapeuta solicitará que el cliente re programe su sesión después de que hayan estado libres de síntomas durante un mínimo de 14 días.

- ¿Ha tenido usted o alguien en su hogar alguno de los siguientes síntomas en los últimos 21 días: dolor de garganta, tos, escalofríos, dolores corporales por razones desconocidas, falta de aliento por razones desconocidas, pérdida del olfato, pérdida del gusto, fiebre al o mayor de 100 grados Fahrenheit?

Sí _____ No _____

- ¿Usted o alguien en su hogar ha sido examinado para el COVID-19?

Sí _____ No _____

- ¿Usted o alguien de su hogar ha visitado o recibido tratamiento en un hospital, hogar de ancianos, atención a largo plazo o otro centro de atención médica en los últimos 30 días?

Sí _____ No _____

- ¿Ha viajado usted o alguien en su hogar en los Estados Unidos en los últimos 21 días?

Sí _____ No _____

- ¿Usted o alguien en su hogar ha viajado en un crucero en los últimos 21 días?

Sí _____ No _____

- ¿Es usted o alguien en su hogar un proveedor de atención médica o un respondedor de primeros auxilios?

Sí _____ No _____

- ¿Usted o alguien en su hogar ha atendido a una persona que está en cuarentena o es presuntamente positiva o ha dado positivo por COVID-19?

Sí _____ No _____

- ¿Tiene alguna razón para creer que usted o alguien en su hogar ha estado expuesto o adquirió COVID-19?

Sí _____

No _____

- A su leal saber y entender, ¿ha estado cerca de alguna persona que haya dado positivo por COVID-19?

Sí _____

No _____

- Fechas: tenga la inicial del cliente de que las respuestas no han cambiado y pueden responder con precisión "no" a cada pregunta.

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fecha: