

Lawndale Medical Clinic
7109 B Lawndale
Houston TX. 77023
713-924-4907 FX: 713-924-3012

Covid 19 Questionnaire

Patient Name: _____ DOB: _____ Date: _____

Do you have the following / Tiene usted lo siguiente

Fever/ Fiebre _____	CHILLS/ Escalofrios _____
Cough / Tos _____	WEAKNESS/ Debilidad _____
Shortness of Breath/ Dificultad para respirar _____	HEADACHES/ Dolor de cabeza _____
Abdominal Pain/ Dolor Abdominal _____	RASH / Salpido _____
Diarrhea/ Diarea _____	Vomiting/ vomito _____
SORE THROAT/ dolor de garganta _____	Loss of Smell/ perdida del sentido de olor _____
Loss of Taste/ Perdida del sentido del sabor _____	

In the last 14 days, have you or someone you have had close contact with been to A hospital or Urgent care ? _____

En los ultimos 14 dias, ha estado usted o alguien con quien haya tenido contacto cercano en un hospital o cuarto de urgencias? _____

In the last 14 days, have you been in contact with someone who has test positive for Covid 19? _____

En los ultimos 14 dias, ha estado en contacto con alguien que haya dado positivo por covid? _____

Have you had Covid testing? Date : _____ **Positive o Negative ?**

Se ha hecho la prueba de covid 19? _____ Positivo o Negativo ?

Can you provide us with a copy of those results? _____

Nos puede dar una copia de sus resultados? _____

Are you a new patient/ Es paciente nuevo ? _____

When was your last visit/ Cuando fue su ultima cita ? _____

Why are you here today ? _____

Porque viene hoy de visita? _____

Please know that the provider seeing you may require all or part of your encounter to be complete via a telemedicine encounters.

Tenga en cuenta que el proveedor que lo atiende puede requerir que todo o parte de su encuentro se complete a través de encuentros de telemedicina.

SIGNATURE / FIRMA