

REGISTRO DEL SITIO PARA AISLAMIENTO POR COVID-19

COVID-19 ISOLATION SITE REGISTRATION

Formulario de referencia recibido

Nombre del hospital/clínica/agencia que lo refirió

Nombre del médico/proveedor que lo refirió

Nombre del huésped principal (nombre y apellido)	Fecha de nacimiento (mes/día/año)
--	-----------------------------------

Dirección	Ciudad, Estado, Código postal
-----------	-------------------------------

Numero de teléfono celular	Otro teléfono	Correo electrónico
----------------------------	---------------	--------------------

¿El huésped principal habla inglés? Si no, ¿cuál es su idioma principal?	¿Nombre de la persona con el huésped principal que habla inglés?	¿Relación de la persona con el huésped principal?
---	--	---

Medio de transporte(vehículo/autobús/bicicleta/caminando)	Número de matrícula y estado del vehículo
---	---

Información de los miembros de la familia (para las familias que se quedan juntas con el huésped principal en este sitio)		
Nombre, Apellido	Edad	Relación con el huésped principal

Preguntas:

¿Está obligado por ley a registrarse en una agencia gubernamental estatal o local?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Es usted un veterano o militar activo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si está tomando algún medicamento o usa suministros médicos, ¿los tiene con usted?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene restricciones dietéticas o alergias a alimentos o medicamentos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene necesidad de salud física o mental, discapacidad u otra condición(es) por la que esté preocupado? En caso afirmativo, explique brevemente qué servicios se necesitan?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Si hay miembros de la familia que se alojarán con el huésped principal, pregúnteles si tienen alguna de las preocupaciones anteriores.

FIRMA – Coordinador del sitio para aislamiento	Escriba el nombre en letra de molde
Nombre - Sitio de aislamiento	Dirección/Cuarto