



Radiology Services of New York COVID-19 Patient Questionnaire.

Patient's Name(Apellido,Primer)_____ Fecha _____

Para evitar la propagacion de COVID-19 estamos realizando un cuestionario.
Su cooperacion es importante para protegerlo a usted y a todos en este edificio.

En los ultimos 14 dias ha experimentado alguno de los siguientes. Por favor
marque todo lo que le corresponda.

Tos	(Cough)	Si_____	No_____
Dificultad para respirar	(Shortness of breath)	Si_____	No_____
Fiebre	(Fever)	Si_____	No_____
Perdida de gusto/sabor	(Loss of taste)	Si_____	No_____
Escalofrios	(Chills)	Si_____	No_____
Dolor muscular	(Muscle ache)	Si_____	No_____
Dolor de cabeza	(Headache)	Si_____	No_____
Dolor de garganta	(Sore Throat)	Si_____	No_____
Temblando de escalofrios	(Shaking with chills)	Si_____	No_____

Firma (paciente):_____ Fecha:_____