

NAME \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

### COVID-19 QUESTIONNAIRE

#### English

1. Have you been exposed to anyone with Covid-19 in the last 14 days?

YES            NO

2. Do you have any of the following symptoms?

FEVER	YES	NO
COUGH	YES	NO
CHILLS	YES	NO
SHORTNESS OF BREATH	YES	NO
SORE THROAT	YES	NO
CONGESTION	YES	NO
DIARRHEA	YES	NO

#### Espanol

1. ¿Ha estado expuesto a alguien con Covid-19 en los últimos 14 días?

SI            NO

2. ¿Tiene alguno de los siguientes síntomas?

FIEBRE	SI	NO
TOS	SI	NO
RESFRIADO	SI	NO
DIFICULTAD PARA RESPIRAR	SI	NO
DOLOR DE GARGANTA	SI	NO
CONGESTIÓN	SI	NO
DIARREA	SI	NO