

**Por favor completa ésta forma y entrégala al doctor antes de hacer la prueba.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Gracias por presentarse a la prueba de COVID-19. Por favor, díganos la razón por la cual está haciendo la prueba:

- Contacto cerca con alguien que tiene COVID-19. La última vez que estaba expuesto/a era el día: \_\_\_\_\_
  - Síntomas, empezando hace \_\_\_\_\_ días:
    - Fiebre
    - Tos
    - Falta de aire
    - Dolor de garganta
    - Nueva falta de olor o sabor
    - Diarrea
    - Vómitos
    - Fatiga
    - Dolores de músculos/huesos
    - Dolor de cabeza
    - Congestión o nariz tapada
    - Otra: \_\_\_\_\_
  - Ya me diagnosticaron con COVID hace \_\_\_\_\_ días
  - No tengo síntomas Y no estaba expuesto/a a nadie que yo sepa que tenga COVID
- 

**Para uso oficial:**

Temperature: \_\_\_\_\_ degrees F

Pulse oximetry: \_\_\_\_\_ %

Assessment:

- Z03.818 - Contact with and (suspected) exposure to other viral communicable diseases (*contact with COVID-19, suspected exposure*).
- Z20.828 - Suspected COVID-19 virus infection (*symptomatic patients*)
- Z11.59 - Encounter for screening for other viral diseases (*asymptomatic, no known exposure*)
- U07.01 – COVID-19 virus infection (*prior diagnosis*)

Plan:

Patient aware to expect a phone call with results once available. In addition:

- Counseling performed (including ER precautions, home isolation, and contact tracing), and LA County DPH *Home isolation instructions for People with COVID-19* handout provided to patient in English/Spanish
- Counseling performed (including regarding home quarantine seeking care if symptoms develop) and LA County DPH *Home Quarantine Guidance for Close Contacts to COVID-19* handout provided to patient in English/Spanish

Provider's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_