

Please check if applicable *Marque si corresponde*

No (circle) **YES**

I am here for Fever, Cough, Shortness of breath - or Abdominal Pain, Nausea, Vomiting, Diarrhea - or sudden decrease in Sense of smell.

Estoy aquí por fiebre, tos, falta de aliento, o dolor abdominal, náuseas, vómitos, diarrea, o disminución repentina del sentido del olfato.

----- **AND** y -----

No (circle) **YES** **Where? Donde?** _____

I have recently been checked or tested for COVID-19 here at SignatureCare, at a hospital, or at another testing center - OR - have officially been placed under quarantine due to my symptoms.

Recientemente me revisaron o me hicieron la prueba de COVID-19 aquí en SignatureCare, en un hospital, en otro centro de pruebas, O - me pusieron oficialmente en cuarentena debido a mis síntomas.

No (circle) **YES** **Where? Donde?** _____

I had close contact with a confirmed positive COVID-19 patient, or have been in a large gathering where I had close contact with many people such as a party, airplane, bus, etc. within 14 days of symptoms.

Tuve contacto cercano con un paciente COVID-19 positivo confirmado, o he estado en una gran reunión donde tuve contacto cercano con muchas personas, como una fiesta, avión, autobús, etc., dentro de los 14 días posteriores a los síntomas.

