



**Coronavirus Screening**  
*Evaluación de coronavirus*

All patients must complete this form.  
*Todos los pacientes tienen que completar este formulario.*

Last Name: \_\_\_\_\_ First Name: \_\_\_\_\_ Middle Initial: \_\_\_\_\_  
*Apellido Nombre Inicial del segundo nombre*

Date of Birth (MM/DD/YYYY): \_\_\_\_\_ Cell Phone Number: \_\_\_\_\_  
*Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) Número Celular*

Reason for visit **check one:**  
*Marque la razón por su visita*

\_\_\_\_\_ Workers' Compensation \_\_\_\_\_ Drug & Alcohol Testing \_\_\_\_\_ Physical/Return to Work \_\_\_\_\_ Other  
*Compensación de trabajo Prueba de drogas y alcohol Examen físico/regreso al trabajo Otro*

**Complete if visit is employment related:**  
*Complete si la visita está relacionada con el empleo*

Employer Name: \_\_\_\_\_ Employer Phone Number: \_\_\_\_\_  
*Nombre del empleador Número de teléfono del empleador*

**1. In the past 7 days have you had a fever, cough, or sore throat?**  
*En los últimos 7 días, ¿ha tenido fiebre, tos, o dolor de garganta?*

- Yes (Sí)  
 No (No)

**2. Do you have severe shortness of breath or difficulty breathing?**  
*¿Tiene falta de aire severo o dificultad para respirar?*

- Yes (Sí)  
 No (No)

If you answered yes to either question above, please **immediately** notify the front desk.  
*Si respondió que sí a cualquiera de las dos preguntas por favor notifique de **inmediato** a la recepción.*

Patient/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
*Firma del paciente/tutor legal Fecha*

Completed by Concentra Colleague: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_