



Nombre del paciente/visitante: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Fecha de visita: _____

East Tennessee Dermatology Group, Affiliate of Anne Arundel Dermatology
133 Associates Blvd, Alcoa Tennessee 37701

Pacientes / Visitantes valorados

Como saben, el brote de coronavirus (COVID-19) ha llegado a todos los Estados Unidos. Para proteger su salud y la salud de nuestros empleados y nuestra comunidad en general, le pedimos que responda las siguientes preguntas. Todos los pacientes, visitantes y miembros del personal están siendo examinados. Un miembro del personal le tomará la temperatura para verificar si tiene fiebre. Fiebre significa una temperatura de 100.0° F o más. Si tiene fiebre, o si responde afirmativamente a las preguntas a continuación, se le pedirá que re programe su visita. El personal de recepción debe tener una copia de este formulario con la tabla antes de que el paciente sea llevado a la sala de examen.

1. ¿Actualmente se encuentra bajo el cuidado de un médico o aún está en cuarentena para una prueba COVID-19 positiva?

Si ____ No ____

2. ¿Actualmente experimenta alguno de los siguientes síntomas: fiebre, tos, congestión nasal de nueva aparición / secreción nasal, dolor de garganta, falta de aliento o dificultad para respirar, dolor de cabeza, escalofríos, dolores musculares, nueva pérdida de sabor u olfato, náuseas, vómitos, diarrea o cualquier otro signo de enfermedad similar a la gripe?

Si ____ No ____

3. En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto cercano con una persona que dio positivo por COVID-19?

Si ____ No ____

*Solo personal de oficina **

Temperatura del paciente/visitante: _____

Nombre impreso del miembro del personal: _____

Firma del miembro del personal: _____

Escanee formularios de pacientes para registrar y retener formularios de visitantes en el sitio.



Nombre del paciente/visitante: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Fecha de visita: _____

Anne Arundel Dermatology
600 Ridgely Ave, Annapolis Maryland 21401

Pacientes / Visitantes valorados

Como saben, el brote de coronavirus (COVID-19) ha llegado a todos los Estados Unidos. Para proteger su salud y la salud de nuestros empleados y nuestra comunidad en general, le pedimos que responda las siguientes preguntas. Todos los pacientes, visitantes y miembros del personal están siendo examinados. Un miembro del personal le tomará la temperatura para verificar si tiene fiebre. Fiebre significa una temperatura de 100.0° F o más. Si tiene fiebre, o si responde afirmativamente a las preguntas a continuación, se le pedirá que re programe su visita. El personal de recepción debe tener una copia de este formulario con la tabla antes de que el paciente sea llevado a la sala de examen.

1. ¿Actualmente se encuentra bajo el cuidado de un médico o aún está en cuarentena para una prueba COVID-19 positiva?

Si ____ No ____

2. ¿Actualmente experimenta alguno de los siguientes síntomas: fiebre, tos, congestión nasal de nueva aparición / secreción nasal, dolor de garganta, falta de aliento o dificultad para respirar, dolor de cabeza, escalofríos, dolores musculares, nueva pérdida de sabor u olfato, náuseas, vómitos, diarrea o cualquier otro signo de enfermedad similar a la gripe?

Si ____ No ____

3. En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto cercano con una persona que dio positivo por COVID-19?

Si ____ No ____

*Solo personal de oficina **

Temperatura del paciente/visitante: _____

Nombre impreso del miembro del personal: _____

Firma del miembro del personal: _____

Escanee formularios de pacientes para registrar y retener formularios de visitantes en el sitio.



Nombre del paciente/visitante: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Fecha de visita: _____

Anne Arundel Dermatology
703 Giddings Ave, Annapolis Maryland 21401

Pacientes / Visitantes valorados

Como saben, el brote de coronavirus (COVID-19) ha llegado a todos los Estados Unidos. Para proteger su salud y la salud de nuestros empleados y nuestra comunidad en general, le pedimos que responda las siguientes preguntas. Todos los pacientes, visitantes y miembros del personal están siendo examinados. Un miembro del personal le tomará la temperatura para verificar si tiene fiebre. Fiebre significa una temperatura de 100.0° F o más. Si tiene fiebre, o si responde afirmativamente a las preguntas a continuación, se le pedirá que re programe su visita. El personal de recepción debe tener una copia de este formulario con la tabla antes de que el paciente sea llevado a la sala de examen.

1. ¿Actualmente se encuentra bajo el cuidado de un médico o aún está en cuarentena para una prueba COVID-19 positiva?

Si ____ No ____

2. ¿Actualmente experimenta alguno de los siguientes síntomas: fiebre, tos, congestión nasal de nueva aparición / secreción nasal, dolor de garganta, falta de aliento o dificultad para respirar, dolor de cabeza, escalofríos, dolores musculares, nueva pérdida de sabor u olfato, náuseas, vómitos, diarrea o cualquier otro signo de enfermedad similar a la gripe?

Si ____ No ____

3. En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto cercano con una persona que dio positivo por COVID-19?

Si ____ No ____

*Solo personal de oficina **

Temperatura del paciente/visitante: _____

Nombre impreso del miembro del personal: _____

Firma del miembro del personal: _____

Escanee formularios de pacientes para registrar y retener formularios de visitantes en el sitio.



Nombre del paciente/visitante: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Fecha de visita: _____

Anne Arundel Dermatology
101 Ridgely Ave, Annapolis Maryland 21401

Pacientes / Visitantes valorados

Como saben, el brote de coronavirus (COVID-19) ha llegado a todos los Estados Unidos. Para proteger su salud y la salud de nuestros empleados y nuestra comunidad en general, le pedimos que responda las siguientes preguntas. Todos los pacientes, visitantes y miembros del personal están siendo examinados. Un miembro del personal le tomará la temperatura para verificar si tiene fiebre. Fiebre significa una temperatura de 100.0° F o más. Si tiene fiebre, o si responde afirmativamente a las preguntas a continuación, se le pedirá que re programe su visita. El personal de recepción debe tener una copia de este formulario con la tabla antes de que el paciente sea llevado a la sala de examen.

1. ¿Actualmente se encuentra bajo el cuidado de un médico o aún está en cuarentena para una prueba COVID-19 positiva?

Si ____ No ____

2. ¿Actualmente experimenta alguno de los siguientes síntomas: fiebre, tos, congestión nasal de nueva aparición / secreción nasal, dolor de garganta, falta de aliento o dificultad para respirar, dolor de cabeza, escalofríos, dolores musculares, nueva pérdida de sabor u olfato, náuseas, vómitos, diarrea o cualquier otro signo de enfermedad similar a la gripe?

Si ____ No ____

3. En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto cercano con una persona que dio positivo por COVID-19?

Si ____ No ____

*Solo personal de oficina **

Temperatura del paciente/visitante: _____

Nombre impreso del miembro del personal: _____

Firma del miembro del personal: _____

Escanee formularios de pacientes para registrar y retener formularios de visitantes en el sitio.



Nombre del paciente/visitante: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Fecha de visita: _____

Tideway Dermatology, Affiliate of Anne Arundel Dermatology
615 W. MacPhail Rd, Bel Air Maryland 21014

Pacientes / Visitantes valorados

Como saben, el brote de coronavirus (COVID-19) ha llegado a todos los Estados Unidos. Para proteger su salud y la salud de nuestros empleados y nuestra comunidad en general, le pedimos que responda las siguientes preguntas. Todos los pacientes, visitantes y miembros del personal están siendo examinados. Un miembro del personal le tomará la temperatura para verificar si tiene fiebre. Fiebre significa una temperatura de 100.0° F o más. Si tiene fiebre, o si responde afirmativamente a las preguntas a continuación, se le pedirá que re programe su visita. El personal de recepción debe tener una copia de este formulario con la tabla antes de que el paciente sea llevado a la sala de examen.

1. ¿Actualmente se encuentra bajo el cuidado de un médico o aún está en cuarentena para una prueba COVID-19 positiva?

Si ____ No ____

2. ¿Actualmente experimenta alguno de los siguientes síntomas: fiebre, tos, congestión nasal de nueva aparición / secreción nasal, dolor de garganta, falta de aliento o dificultad para respirar, dolor de cabeza, escalofríos, dolores musculares, nueva pérdida de sabor u olfato, náuseas, vómitos, diarrea o cualquier otro signo de enfermedad similar a la gripe?

Si ____ No ____

3. En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto cercano con una persona que dio positivo por COVID-19?

Si ____ No ____

*Solo personal de oficina **

Temperatura del paciente/visitante: _____

Nombre impreso del miembro del personal: _____

Firma del miembro del personal: _____

Escanee formularios de pacientes para registrar y retener formularios de visitantes en el sitio.



Nombre del paciente/visitante: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Fecha de visita: _____

Anne Arundel Dermatology
9948 Main St, Berlin Maryland 21811

Pacientes / Visitantes valorados

Como saben, el brote de coronavirus (COVID-19) ha llegado a todos los Estados Unidos. Para proteger su salud y la salud de nuestros empleados y nuestra comunidad en general, le pedimos que responda las siguientes preguntas. Todos los pacientes, visitantes y miembros del personal están siendo examinados. Un miembro del personal le tomará la temperatura para verificar si tiene fiebre. Fiebre significa una temperatura de 100.0° F o más. Si tiene fiebre, o si responde afirmativamente a las preguntas a continuación, se le pedirá que re programe su visita. El personal de recepción debe tener una copia de este formulario con la tabla antes de que el paciente sea llevado a la sala de examen.

1. ¿Actualmente se encuentra bajo el cuidado de un médico o aún está en cuarentena para una prueba COVID-19 positiva?

Si ____ No ____

2. ¿Actualmente experimenta alguno de los siguientes síntomas: fiebre, tos, congestión nasal de nueva aparición / secreción nasal, dolor de garganta, falta de aliento o dificultad para respirar, dolor de cabeza, escalofríos, dolores musculares, nueva pérdida de sabor u olfato, náuseas, vómitos, diarrea o cualquier otro signo de enfermedad similar a la gripe?

Si ____ No ____

3. En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto cercano con una persona que dio positivo por COVID-19?

Si ____ No ____

*Solo personal de oficina **

Temperatura del paciente/visitante: _____

Nombre impreso del miembro del personal: _____

Firma del miembro del personal: _____

Escanee formularios de pacientes para registrar y retener formularios de visitantes en el sitio.



Nombre del paciente/visitante: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Fecha de visita: _____

Jaffe, O'Neill, Lindgren, Affiliate of Anne Arundel Dermatology
6410 Rockledge Dr Ste 402, Bethesda Maryland 20817

Pacientes / Visitantes valorados

Como saben, el brote de coronavirus (COVID-19) ha llegado a todos los Estados Unidos. Para proteger su salud y la salud de nuestros empleados y nuestra comunidad en general, le pedimos que responda las siguientes preguntas. Todos los pacientes, visitantes y miembros del personal están siendo examinados. Un miembro del personal le tomará la temperatura para verificar si tiene fiebre. Fiebre significa una temperatura de 100.0° F o más. Si tiene fiebre, o si responde afirmativamente a las preguntas a continuación, se le pedirá que re programe su visita. El personal de recepción debe tener una copia de este formulario con la tabla antes de que el paciente sea llevado a la sala de examen.

1. ¿Actualmente se encuentra bajo el cuidado de un médico o aún está en cuarentena para una prueba COVID-19 positiva?

Si ____ No ____

2. ¿Actualmente experimenta alguno de los siguientes síntomas: fiebre, tos, congestión nasal de nueva aparición / secreción nasal, dolor de garganta, falta de aliento o dificultad para respirar, dolor de cabeza, escalofríos, dolores musculares, nueva pérdida de sabor u olfato, náuseas, vómitos, diarrea o cualquier otro signo de enfermedad similar a la gripe?

Si ____ No ____

3. En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto cercano con una persona que dio positivo por COVID-19?

Si ____ No ____

*Solo personal de oficina **

Temperatura del paciente/visitante: _____

Nombre impreso del miembro del personal: _____

Firma del miembro del personal: _____

Escanee formularios de pacientes para registrar y retener formularios de visitantes en el sitio.



Nombre del paciente/visitante: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Fecha de visita: _____

Skin Cancer Surgery Center, A Division of Anne Arundel Dermatology
6410 Rockledge Dr Ste 300, Bethesda Maryland 20817

Pacientes / Visitantes valorados

Como saben, el brote de coronavirus (COVID-19) ha llegado a todos los Estados Unidos. Para proteger su salud y la salud de nuestros empleados y nuestra comunidad en general, le pedimos que responda las siguientes preguntas. Todos los pacientes, visitantes y miembros del personal están siendo examinados. Un miembro del personal le tomará la temperatura para verificar si tiene fiebre. Fiebre significa una temperatura de 100.0° F o más. Si tiene fiebre, o si responde afirmativamente a las preguntas a continuación, se le pedirá que re programe su visita. El personal de recepción debe tener una copia de este formulario con la tabla antes de que el paciente sea llevado a la sala de examen.

1. ¿Actualmente se encuentra bajo el cuidado de un médico o aún está en cuarentena para una prueba COVID-19 positiva?

Si ____ No ____

2. ¿Actualmente experimenta alguno de los siguientes síntomas: fiebre, tos, congestión nasal de nueva aparición / secreción nasal, dolor de garganta, falta de aliento o dificultad para respirar, dolor de cabeza, escalofríos, dolores musculares, nueva pérdida de sabor u olfato, náuseas, vómitos, diarrea o cualquier otro signo de enfermedad similar a la gripe?

Si ____ No ____

3. En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto cercano con una persona que dio positivo por COVID-19?

Si ____ No ____

*Solo personal de oficina **

Temperatura del paciente/visitante: _____

Nombre impreso del miembro del personal: _____

Firma del miembro del personal: _____

Escanee formularios de pacientes para registrar y retener formularios de visitantes en el sitio.



Nombre del paciente/visitante: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Fecha de visita: _____

Chevy Chase Cosmetic & Dermatology Center, Affiliate of Anne Arundel Dermatology
8401 Connecticut Avenue Suite 210, Chevy Chase Maryland 20815

Pacientes / Visitantes valorados

Como saben, el brote de coronavirus (COVID-19) ha llegado a todos los Estados Unidos. Para proteger su salud y la salud de nuestros empleados y nuestra comunidad en general, le pedimos que responda las siguientes preguntas. Todos los pacientes, visitantes y miembros del personal están siendo examinados. Un miembro del personal le tomará la temperatura para verificar si tiene fiebre. Fiebre significa una temperatura de 100.0° F o más. Si tiene fiebre, o si responde afirmativamente a las preguntas a continuación, se le pedirá que re programe su visita. El personal de recepción debe tener una copia de este formulario con la tabla antes de que el paciente sea llevado a la sala de examen.

1. ¿Actualmente se encuentra bajo el cuidado de un médico o aún está en cuarentena para una prueba COVID-19 positiva?

Si ____ No ____

2. ¿Actualmente experimenta alguno de los siguientes síntomas: fiebre, tos, congestión nasal de nueva aparición / secreción nasal, dolor de garganta, falta de aliento o dificultad para respirar, dolor de cabeza, escalofríos, dolores musculares, nueva pérdida de sabor u olfato, náuseas, vómitos, diarrea o cualquier otro signo de enfermedad similar a la gripe?

Si ____ No ____

3. En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto cercano con una persona que dio positivo por COVID-19?

Si ____ No ____

*Solo personal de oficina **

Temperatura del paciente/visitante: _____

Nombre impreso del miembro del personal: _____

Firma del miembro del personal: _____

Escanee formularios de pacientes para registrar y retener formularios de visitantes en el sitio.



Nombre del paciente/visitante: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Fecha de visita: _____

Anne Arundel Dermatology
10700 Charter Drive Ste 300, Columbia Maryland 21044

Pacientes / Visitantes valorados

Como saben, el brote de coronavirus (COVID-19) ha llegado a todos los Estados Unidos. Para proteger su salud y la salud de nuestros empleados y nuestra comunidad en general, le pedimos que responda las siguientes preguntas. Todos los pacientes, visitantes y miembros del personal están siendo examinados. Un miembro del personal le tomará la temperatura para verificar si tiene fiebre. Fiebre significa una temperatura de 100.0° F o más. Si tiene fiebre, o si responde afirmativamente a las preguntas a continuación, se le pedirá que re programe su visita. El personal de recepción debe tener una copia de este formulario con la tabla antes de que el paciente sea llevado a la sala de examen.

1. ¿Actualmente se encuentra bajo el cuidado de un médico o aún está en cuarentena para una prueba COVID-19 positiva?

Si ____ No ____

2. ¿Actualmente experimenta alguno de los siguientes síntomas: fiebre, tos, congestión nasal de nueva aparición / secreción nasal, dolor de garganta, falta de aliento o dificultad para respirar, dolor de cabeza, escalofríos, dolores musculares, nueva pérdida de sabor u olfato, náuseas, vómitos, diarrea o cualquier otro signo de enfermedad similar a la gripe?

Si ____ No ____

3. En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto cercano con una persona que dio positivo por COVID-19?

Si ____ No ____

*Solo personal de oficina **

Temperatura del paciente/visitante: _____

Nombre impreso del miembro del personal: _____

Firma del miembro del personal: _____

Escanee formularios de pacientes para registrar y retener formularios de visitantes en el sitio.



Nombre del paciente/visitante: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Fecha de visita: _____

Anne Arundel Dermatology
4 Caulk Lane Ste B, Easton Maryland 21601

Pacientes / Visitantes valorados

Como saben, el brote de coronavirus (COVID-19) ha llegado a todos los Estados Unidos. Para proteger su salud y la salud de nuestros empleados y nuestra comunidad en general, le pedimos que responda las siguientes preguntas. Todos los pacientes, visitantes y miembros del personal están siendo examinados. Un miembro del personal le tomará la temperatura para verificar si tiene fiebre. Fiebre significa una temperatura de 100.0° F o más. Si tiene fiebre, o si responde afirmativamente a las preguntas a continuación, se le pedirá que re programe su visita. El personal de recepción debe tener una copia de este formulario con la tabla antes de que el paciente sea llevado a la sala de examen.

1. ¿Actualmente se encuentra bajo el cuidado de un médico o aún está en cuarentena para una prueba COVID-19 positiva?

Si ____ No ____

2. ¿Actualmente experimenta alguno de los siguientes síntomas: fiebre, tos, congestión nasal de nueva aparición / secreción nasal, dolor de garganta, falta de aliento o dificultad para respirar, dolor de cabeza, escalofríos, dolores musculares, nueva pérdida de sabor u olfato, náuseas, vómitos, diarrea o cualquier otro signo de enfermedad similar a la gripe?

Si ____ No ____

3. En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto cercano con una persona que dio positivo por COVID-19?

Si ____ No ____

*Solo personal de oficina **

Temperatura del paciente/visitante: _____

Nombre impreso del miembro del personal: _____

Firma del miembro del personal: _____

Escanee formularios de pacientes para registrar y retener formularios de visitantes en el sitio.



Nombre del paciente/visitante: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Fecha de visita: _____

Anne Arundel Dermatology
1645 Liberty Rd Ste 201, Eldersberg Maryland 21784

Pacientes / Visitantes valorados

Como saben, el brote de coronavirus (COVID-19) ha llegado a todos los Estados Unidos. Para proteger su salud y la salud de nuestros empleados y nuestra comunidad en general, le pedimos que responda las siguientes preguntas. Todos los pacientes, visitantes y miembros del personal están siendo examinados. Un miembro del personal le tomará la temperatura para verificar si tiene fiebre. Fiebre significa una temperatura de 100.0° F o más. Si tiene fiebre, o si responde afirmativamente a las preguntas a continuación, se le pedirá que re programe su visita. El personal de recepción debe tener una copia de este formulario con la tabla antes de que el paciente sea llevado a la sala de examen.

1. ¿Actualmente se encuentra bajo el cuidado de un médico o aún está en cuarentena para una prueba COVID-19 positiva?

Si ____ No ____

2. ¿Actualmente experimenta alguno de los siguientes síntomas: fiebre, tos, congestión nasal de nueva aparición / secreción nasal, dolor de garganta, falta de aliento o dificultad para respirar, dolor de cabeza, escalofríos, dolores musculares, nueva pérdida de sabor u olfato, náuseas, vómitos, diarrea o cualquier otro signo de enfermedad similar a la gripe?

Si ____ No ____

3. En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto cercano con una persona que dio positivo por COVID-19?

Si ____ No ____

*Solo personal de oficina **

Temperatura del paciente/visitante: _____

Nombre impreso del miembro del personal: _____

Firma del miembro del personal: _____

Escanee formularios de pacientes para registrar y retener formularios de visitantes en el sitio.



Nombre del paciente/visitante: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Fecha de visita: _____

Anne Arundel Dermatology
11351 Random Hills Road Ste 200, Fairfax Virginia 22030

Pacientes / Visitantes valorados

Como saben, el brote de coronavirus (COVID-19) ha llegado a todos los Estados Unidos. Para proteger su salud y la salud de nuestros empleados y nuestra comunidad en general, le pedimos que responda las siguientes preguntas. Todos los pacientes, visitantes y miembros del personal están siendo examinados. Un miembro del personal le tomará la temperatura para verificar si tiene fiebre. Fiebre significa una temperatura de 100.0° F o más. Si tiene fiebre, o si responde afirmativamente a las preguntas a continuación, se le pedirá que re programe su visita. El personal de recepción debe tener una copia de este formulario con la tabla antes de que el paciente sea llevado a la sala de examen.

1. ¿Actualmente se encuentra bajo el cuidado de un médico o aún está en cuarentena para una prueba COVID-19 positiva?

Si ____ No ____

2. ¿Actualmente experimenta alguno de los siguientes síntomas: fiebre, tos, congestión nasal de nueva aparición / secreción nasal, dolor de garganta, falta de aliento o dificultad para respirar, dolor de cabeza, escalofríos, dolores musculares, nueva pérdida de sabor u olfato, náuseas, vómitos, diarrea o cualquier otro signo de enfermedad similar a la gripe?

Si ____ No ____

3. En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto cercano con una persona que dio positivo por COVID-19?

Si ____ No ____

*Solo personal de oficina **

Temperatura del paciente/visitante: _____

Nombre impreso del miembro del personal: _____

Firma del miembro del personal: _____

Escanee formularios de pacientes para registrar y retener formularios de visitantes en el sitio.



Nombre del paciente/visitante: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Fecha de visita: _____

Skin Cancer Surgery Center, A Division of Anne Arundel Dermatology
8503 Arlington Blvd. Ste 150, Fairfax Virginia 22031

Pacientes / Visitantes valorados

Como saben, el brote de coronavirus (COVID-19) ha llegado a todos los Estados Unidos. Para proteger su salud y la salud de nuestros empleados y nuestra comunidad en general, le pedimos que responda las siguientes preguntas. Todos los pacientes, visitantes y miembros del personal están siendo examinados. Un miembro del personal le tomará la temperatura para verificar si tiene fiebre. Fiebre significa una temperatura de 100.0° F o más. Si tiene fiebre, o si responde afirmativamente a las preguntas a continuación, se le pedirá que re programe su visita. El personal de recepción debe tener una copia de este formulario con la tabla antes de que el paciente sea llevado a la sala de examen.

1. ¿Actualmente se encuentra bajo el cuidado de un médico o aún está en cuarentena para una prueba COVID-19 positiva?

Si ____ No ____

2. ¿Actualmente experimenta alguno de los siguientes síntomas: fiebre, tos, congestión nasal de nueva aparición / secreción nasal, dolor de garganta, falta de aliento o dificultad para respirar, dolor de cabeza, escalofríos, dolores musculares, nueva pérdida de sabor u olfato, náuseas, vómitos, diarrea o cualquier otro signo de enfermedad similar a la gripe?

Si ____ No ____

3. En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto cercano con una persona que dio positivo por COVID-19?

Si ____ No ____

*Solo personal de oficina **

Temperatura del paciente/visitante: _____

Nombre impreso del miembro del personal: _____

Firma del miembro del personal: _____

Escanee formularios de pacientes para registrar y retener formularios de visitantes en el sitio.



Nombre del paciente/visitante: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Fecha de visita: _____

Azalea Skin Treatment Center, Affiliate of Anne Arundel Dermatology
501 Health Park Drive Suite 150, Garner North Carolina 27529

Pacientes / Visitantes valorados

Como saben, el brote de coronavirus (COVID-19) ha llegado a todos los Estados Unidos. Para proteger su salud y la salud de nuestros empleados y nuestra comunidad en general, le pedimos que responda las siguientes preguntas. Todos los pacientes, visitantes y miembros del personal están siendo examinados. Un miembro del personal le tomará la temperatura para verificar si tiene fiebre. Fiebre significa una temperatura de 100.0° F o más. Si tiene fiebre, o si responde afirmativamente a las preguntas a continuación, se le pedirá que re programe su visita. El personal de recepción debe tener una copia de este formulario con la tabla antes de que el paciente sea llevado a la sala de examen.

1. ¿Actualmente se encuentra bajo el cuidado de un médico o aún está en cuarentena para una prueba COVID-19 positiva?

Si ____ No ____

2. ¿Actualmente experimenta alguno de los siguientes síntomas: fiebre, tos, congestión nasal de nueva aparición / secreción nasal, dolor de garganta, falta de aliento o dificultad para respirar, dolor de cabeza, escalofríos, dolores musculares, nueva pérdida de sabor u olfato, náuseas, vómitos, diarrea o cualquier otro signo de enfermedad similar a la gripe?

Si ____ No ____

3. En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto cercano con una persona que dio positivo por COVID-19?

Si ____ No ____

*Solo personal de oficina **

Temperatura del paciente/visitante: _____

Nombre impreso del miembro del personal: _____

Firma del miembro del personal: _____

Escanee formularios de pacientes para registrar y retener formularios de visitantes en el sitio.



Nombre del paciente/visitante: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Fecha de visita: _____

Anne Arundel Dermatology
7671 Quarterfield Rd Ste 200, Glen Burnie Maryland 21061

Pacientes / Visitantes valorados

Como saben, el brote de coronavirus (COVID-19) ha llegado a todos los Estados Unidos. Para proteger su salud y la salud de nuestros empleados y nuestra comunidad en general, le pedimos que responda las siguientes preguntas. Todos los pacientes, visitantes y miembros del personal están siendo examinados. Un miembro del personal le tomará la temperatura para verificar si tiene fiebre. Fiebre significa una temperatura de 100.0° F o más. Si tiene fiebre, o si responde afirmativamente a las preguntas a continuación, se le pedirá que re programe su visita. El personal de recepción debe tener una copia de este formulario con la tabla antes de que el paciente sea llevado a la sala de examen.

1. ¿Actualmente se encuentra bajo el cuidado de un médico o aún está en cuarentena para una prueba COVID-19 positiva?

Si ____ No ____

2. ¿Actualmente experimenta alguno de los siguientes síntomas: fiebre, tos, congestión nasal de nueva aparición / secreción nasal, dolor de garganta, falta de aliento o dificultad para respirar, dolor de cabeza, escalofríos, dolores musculares, nueva pérdida de sabor u olfato, náuseas, vómitos, diarrea o cualquier otro signo de enfermedad similar a la gripe?

Si ____ No ____

3. En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto cercano con una persona que dio positivo por COVID-19?

Si ____ No ____

*Solo personal de oficina **

Temperatura del paciente/visitante: _____

Nombre impreso del miembro del personal: _____

Firma del miembro del personal: _____

Escanee formularios de pacientes para registrar y retener formularios de visitantes en el sitio.



Nombre del paciente/visitante: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Fecha de visita: _____

Anne Arundel Dermatology
7701 Greenbelt Road Suite 504, Greenbelt Maryland 20770

Pacientes / Visitantes valorados

Como saben, el brote de coronavirus (COVID-19) ha llegado a todos los Estados Unidos. Para proteger su salud y la salud de nuestros empleados y nuestra comunidad en general, le pedimos que responda las siguientes preguntas. Todos los pacientes, visitantes y miembros del personal están siendo examinados. Un miembro del personal le tomará la temperatura para verificar si tiene fiebre. Fiebre significa una temperatura de 100.0° F o más. Si tiene fiebre, o si responde afirmativamente a las preguntas a continuación, se le pedirá que re programe su visita. El personal de recepción debe tener una copia de este formulario con la tabla antes de que el paciente sea llevado a la sala de examen.

1. ¿Actualmente se encuentra bajo el cuidado de un médico o aún está en cuarentena para una prueba COVID-19 positiva?

Si ____ No ____

2. ¿Actualmente experimenta alguno de los siguientes síntomas: fiebre, tos, congestión nasal de nueva aparición / secreción nasal, dolor de garganta, falta de aliento o dificultad para respirar, dolor de cabeza, escalofríos, dolores musculares, nueva pérdida de sabor u olfato, náuseas, vómitos, diarrea o cualquier otro signo de enfermedad similar a la gripe?

Si ____ No ____

3. En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto cercano con una persona que dio positivo por COVID-19?

Si ____ No ____

*Solo personal de oficina **

Temperatura del paciente/visitante: _____

Nombre impreso del miembro del personal: _____

Firma del miembro del personal: _____

Escanee formularios de pacientes para registrar y retener formularios de visitantes en el sitio.



Nombre del paciente/visitante: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Fecha de visita: _____

Anne Arundel Dermatology
1185 Imperial Dr Ste 201, Hagerstown Maryland 21740

Pacientes / Visitantes valorados

Como saben, el brote de coronavirus (COVID-19) ha llegado a todos los Estados Unidos. Para proteger su salud y la salud de nuestros empleados y nuestra comunidad en general, le pedimos que responda las siguientes preguntas. Todos los pacientes, visitantes y miembros del personal están siendo examinados. Un miembro del personal le tomará la temperatura para verificar si tiene fiebre. Fiebre significa una temperatura de 100.0° F o más. Si tiene fiebre, o si responde afirmativamente a las preguntas a continuación, se le pedirá que re programe su visita. El personal de recepción debe tener una copia de este formulario con la tabla antes de que el paciente sea llevado a la sala de examen.

1. ¿Actualmente se encuentra bajo el cuidado de un médico o aún está en cuarentena para una prueba COVID-19 positiva?

Si ____ No ____

2. ¿Actualmente experimenta alguno de los siguientes síntomas: fiebre, tos, congestión nasal de nueva aparición / secreción nasal, dolor de garganta, falta de aliento o dificultad para respirar, dolor de cabeza, escalofríos, dolores musculares, nueva pérdida de sabor u olfato, náuseas, vómitos, diarrea o cualquier otro signo de enfermedad similar a la gripe?

Si ____ No ____

3. En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto cercano con una persona que dio positivo por COVID-19?

Si ____ No ____

*Solo personal de oficina **

Temperatura del paciente/visitante: _____

Nombre impreso del miembro del personal: _____

Firma del miembro del personal: _____

Escanee formularios de pacientes para registrar y retener formularios de visitantes en el sitio.



Nombre del paciente/visitante: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Fecha de visita: _____

Tideway Dermatology, Affiliate of Anne Arundel Dermatology
930 Revolution St, Havre de Grace Maryland 21078

Pacientes / Visitantes valorados

Como saben, el brote de coronavirus (COVID-19) ha llegado a todos los Estados Unidos. Para proteger su salud y la salud de nuestros empleados y nuestra comunidad en general, le pedimos que responda las siguientes preguntas. Todos los pacientes, visitantes y miembros del personal están siendo examinados. Un miembro del personal le tomará la temperatura para verificar si tiene fiebre. Fiebre significa una temperatura de 100.0° F o más. Si tiene fiebre, o si responde afirmativamente a las preguntas a continuación, se le pedirá que re programe su visita. El personal de recepción debe tener una copia de este formulario con la tabla antes de que el paciente sea llevado a la sala de examen.

1. ¿Actualmente se encuentra bajo el cuidado de un médico o aún está en cuarentena para una prueba COVID-19 positiva?

Si ____ No ____

2. ¿Actualmente experimenta alguno de los siguientes síntomas: fiebre, tos, congestión nasal de nueva aparición / secreción nasal, dolor de garganta, falta de aliento o dificultad para respirar, dolor de cabeza, escalofríos, dolores musculares, nueva pérdida de sabor u olfato, náuseas, vómitos, diarrea o cualquier otro signo de enfermedad similar a la gripe?

Si ____ No ____

3. En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto cercano con una persona que dio positivo por COVID-19?

Si ____ No ____

*Solo personal de oficina **

Temperatura del paciente/visitante: _____

Nombre impreso del miembro del personal: _____

Firma del miembro del personal: _____

Escanee formularios de pacientes para registrar y retener formularios de visitantes en el sitio.



Nombre del paciente/visitante: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Fecha de visita: _____

Maryland Laser, Skin & Vein, Affiliate of Anne Arundel Dermatology
54 Scott Adam Road Ste 301, Hunt Valley Maryland 21030

Pacientes / Visitantes valorados

Como saben, el brote de coronavirus (COVID-19) ha llegado a todos los Estados Unidos. Para proteger su salud y la salud de nuestros empleados y nuestra comunidad en general, le pedimos que responda las siguientes preguntas. Todos los pacientes, visitantes y miembros del personal están siendo examinados. Un miembro del personal le tomará la temperatura para verificar si tiene fiebre. Fiebre significa una temperatura de 100.0° F o más. Si tiene fiebre, o si responde afirmativamente a las preguntas a continuación, se le pedirá que re programe su visita. El personal de recepción debe tener una copia de este formulario con la tabla antes de que el paciente sea llevado a la sala de examen.

1. ¿Actualmente se encuentra bajo el cuidado de un médico o aún está en cuarentena para una prueba COVID-19 positiva?

Si ____ No ____

2. ¿Actualmente experimenta alguno de los siguientes síntomas: fiebre, tos, congestión nasal de nueva aparición / secreción nasal, dolor de garganta, falta de aliento o dificultad para respirar, dolor de cabeza, escalofríos, dolores musculares, nueva pérdida de sabor u olfato, náuseas, vómitos, diarrea o cualquier otro signo de enfermedad similar a la gripe?

Si ____ No ____

3. En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto cercano con una persona que dio positivo por COVID-19?

Si ____ No ____

*Solo personal de oficina **

Temperatura del paciente/visitante: _____

Nombre impreso del miembro del personal: _____

Firma del miembro del personal: _____

Escanee formularios de pacientes para registrar y retener formularios de visitantes en el sitio.



Nombre del paciente/visitante: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Fecha de visita: _____

Dermatology Associates of Knoxville, Affiliate of Anne Arundel Dermatology
1450 Dowell Springs Blvd Suite 210, Knoxville Tennessee 37909

Pacientes / Visitantes valorados

Como saben, el brote de coronavirus (COVID-19) ha llegado a todos los Estados Unidos. Para proteger su salud y la salud de nuestros empleados y nuestra comunidad en general, le pedimos que responda las siguientes preguntas. Todos los pacientes, visitantes y miembros del personal están siendo examinados. Un miembro del personal le tomará la temperatura para verificar si tiene fiebre. Fiebre significa una temperatura de 100.0° F o más. Si tiene fiebre, o si responde afirmativamente a las preguntas a continuación, se le pedirá que re programe su visita. El personal de recepción debe tener una copia de este formulario con la tabla antes de que el paciente sea llevado a la sala de examen.

1. ¿Actualmente se encuentra bajo el cuidado de un médico o aún está en cuarentena para una prueba COVID-19 positiva?

Si ____ No ____

2. ¿Actualmente experimenta alguno de los siguientes síntomas: fiebre, tos, congestión nasal de nueva aparición / secreción nasal, dolor de garganta, falta de aliento o dificultad para respirar, dolor de cabeza, escalofríos, dolores musculares, nueva pérdida de sabor u olfato, náuseas, vómitos, diarrea o cualquier otro signo de enfermedad similar a la gripe?

Si ____ No ____

3. En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto cercano con una persona que dio positivo por COVID-19?

Si ____ No ____

*Solo personal de oficina **

Temperatura del paciente/visitante: _____

Nombre impreso del miembro del personal: _____

Firma del miembro del personal: _____

Escanee formularios de pacientes para registrar y retener formularios de visitantes en el sitio.



Nombre del paciente/visitante: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Fecha de visita: _____

Dermatology Associates of Knoxville, Affiliate of Anne Arundel Dermatology
11416 Grigsby Chapel Rd Ste 100, Knoxville Tennessee 37934

Pacientes / Visitantes valorados

Como saben, el brote de coronavirus (COVID-19) ha llegado a todos los Estados Unidos. Para proteger su salud y la salud de nuestros empleados y nuestra comunidad en general, le pedimos que responda las siguientes preguntas. Todos los pacientes, visitantes y miembros del personal están siendo examinados. Un miembro del personal le tomará la temperatura para verificar si tiene fiebre. Fiebre significa una temperatura de 100.0° F o más. Si tiene fiebre, o si responde afirmativamente a las preguntas a continuación, se le pedirá que re programe su visita. El personal de recepción debe tener una copia de este formulario con la tabla antes de que el paciente sea llevado a la sala de examen.

1. ¿Actualmente se encuentra bajo el cuidado de un médico o aún está en cuarentena para una prueba COVID-19 positiva?

Si ____ No ____

2. ¿Actualmente experimenta alguno de los siguientes síntomas: fiebre, tos, congestión nasal de nueva aparición / secreción nasal, dolor de garganta, falta de aliento o dificultad para respirar, dolor de cabeza, escalofríos, dolores musculares, nueva pérdida de sabor u olfato, náuseas, vómitos, diarrea o cualquier otro signo de enfermedad similar a la gripe?

Si ____ No ____

3. En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto cercano con una persona que dio positivo por COVID-19?

Si ____ No ____

*Solo personal de oficina **

Temperatura del paciente/visitante: _____

Nombre impreso del miembro del personal: _____

Firma del miembro del personal: _____

Escanee formularios de pacientes para registrar y retener formularios de visitantes en el sitio.



Nombre del paciente/visitante: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Fecha de visita: _____

Dermatology Associates of Knoxville, Affiliate of Anne Arundel Dermatology
1928 Alcoa Hwy Ste 209, Knoxville Tennessee 37920

Pacientes / Visitantes valorados

Como saben, el brote de coronavirus (COVID-19) ha llegado a todos los Estados Unidos. Para proteger su salud y la salud de nuestros empleados y nuestra comunidad en general, le pedimos que responda las siguientes preguntas. Todos los pacientes, visitantes y miembros del personal están siendo examinados. Un miembro del personal le tomará la temperatura para verificar si tiene fiebre. Fiebre significa una temperatura de 100.0° F o más. Si tiene fiebre, o si responde afirmativamente a las preguntas a continuación, se le pedirá que re programe su visita. El personal de recepción debe tener una copia de este formulario con la tabla antes de que el paciente sea llevado a la sala de examen.

1. ¿Actualmente se encuentra bajo el cuidado de un médico o aún está en cuarentena para una prueba COVID-19 positiva?

Si ____ No ____

2. ¿Actualmente experimenta alguno de los siguientes síntomas: fiebre, tos, congestión nasal de nueva aparición / secreción nasal, dolor de garganta, falta de aliento o dificultad para respirar, dolor de cabeza, escalofríos, dolores musculares, nueva pérdida de sabor u olfato, náuseas, vómitos, diarrea o cualquier otro signo de enfermedad similar a la gripe?

Si ____ No ____

3. En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto cercano con una persona que dio positivo por COVID-19?

Si ____ No ____

*Solo personal de oficina **

Temperatura del paciente/visitante: _____

Nombre impreso del miembro del personal: _____

Firma del miembro del personal: _____

Escanee formularios de pacientes para registrar y retener formularios de visitantes en el sitio.



Nombre del paciente/visitante: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Fecha de visita: _____

Knoxville Dermatology Group, An Affiliate of Anne Arundel Dermatology
123 Fox Rd, Knoxville Tennessee 37922

Pacientes / Visitantes valorados

Como saben, el brote de coronavirus (COVID-19) ha llegado a todos los Estados Unidos. Para proteger su salud y la salud de nuestros empleados y nuestra comunidad en general, le pedimos que responda las siguientes preguntas. Todos los pacientes, visitantes y miembros del personal están siendo examinados. Un miembro del personal le tomará la temperatura para verificar si tiene fiebre. Fiebre significa una temperatura de 100.0° F o más. Si tiene fiebre, o si responde afirmativamente a las preguntas a continuación, se le pedirá que re programe su visita. El personal de recepción debe tener una copia de este formulario con la tabla antes de que el paciente sea llevado a la sala de examen.

1. ¿Actualmente se encuentra bajo el cuidado de un médico o aún está en cuarentena para una prueba COVID-19 positiva?

Si ____ No ____

2. ¿Actualmente experimenta alguno de los siguientes síntomas: fiebre, tos, congestión nasal de nueva aparición / secreción nasal, dolor de garganta, falta de aliento o dificultad para respirar, dolor de cabeza, escalofríos, dolores musculares, nueva pérdida de sabor u olfato, náuseas, vómitos, diarrea o cualquier otro signo de enfermedad similar a la gripe?

Si ____ No ____

3. En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto cercano con una persona que dio positivo por COVID-19?

Si ____ No ____

*Solo personal de oficina **

Temperatura del paciente/visitante: _____

Nombre impreso del miembro del personal: _____

Firma del miembro del personal: _____

Escanee formularios de pacientes para registrar y retener formularios de visitantes en el sitio.



Nombre del paciente/visitante: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Fecha de visita: _____

MediSpa Knoxville Dermatology Group, An Affiliate of Anne Arundel Dermatology
123 Fox Rd Suite 200, Knoxville Tennessee 37922

Pacientes / Visitantes valorados

Como saben, el brote de coronavirus (COVID-19) ha llegado a todos los Estados Unidos. Para proteger su salud y la salud de nuestros empleados y nuestra comunidad en general, le pedimos que responda las siguientes preguntas. Todos los pacientes, visitantes y miembros del personal están siendo examinados. Un miembro del personal le tomará la temperatura para verificar si tiene fiebre. Fiebre significa una temperatura de 100.0° F o más. Si tiene fiebre, o si responde afirmativamente a las preguntas a continuación, se le pedirá que re programe su visita. El personal de recepción debe tener una copia de este formulario con la tabla antes de que el paciente sea llevado a la sala de examen.

1. ¿Actualmente se encuentra bajo el cuidado de un médico o aún está en cuarentena para una prueba COVID-19 positiva?

Si ____ No ____

2. ¿Actualmente experimenta alguno de los siguientes síntomas: fiebre, tos, congestión nasal de nueva aparición / secreción nasal, dolor de garganta, falta de aliento o dificultad para respirar, dolor de cabeza, escalofríos, dolores musculares, nueva pérdida de sabor u olfato, náuseas, vómitos, diarrea o cualquier otro signo de enfermedad similar a la gripe?

Si ____ No ____

3. En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto cercano con una persona que dio positivo por COVID-19?

Si ____ No ____

*Solo personal de oficina **

Temperatura del paciente/visitante: _____

Nombre impreso del miembro del personal: _____

Firma del miembro del personal: _____

Escanee formularios de pacientes para registrar y retener formularios de visitantes en el sitio.



Nombre del paciente/visitante: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Fecha de visita: _____

SkinCare Center at Dermatology Associates of Knoxville
11416 Grigsby Chapel Rd Ste 101, Knoxville Tennessee 37934

Pacientes / Visitantes valorados

Como saben, el brote de coronavirus (COVID-19) ha llegado a todos los Estados Unidos. Para proteger su salud y la salud de nuestros empleados y nuestra comunidad en general, le pedimos que responda las siguientes preguntas. Todos los pacientes, visitantes y miembros del personal están siendo examinados. Un miembro del personal le tomará la temperatura para verificar si tiene fiebre. Fiebre significa una temperatura de 100.0° F o más. Si tiene fiebre, o si responde afirmativamente a las preguntas a continuación, se le pedirá que re programe su visita. El personal de recepción debe tener una copia de este formulario con la tabla antes de que el paciente sea llevado a la sala de examen.

1. ¿Actualmente se encuentra bajo el cuidado de un médico o aún está en cuarentena para una prueba COVID-19 positiva?

Si ____ No ____

2. ¿Actualmente experimenta alguno de los siguientes síntomas: fiebre, tos, congestión nasal de nueva aparición / secreción nasal, dolor de garganta, falta de aliento o dificultad para respirar, dolor de cabeza, escalofríos, dolores musculares, nueva pérdida de sabor u olfato, náuseas, vómitos, diarrea o cualquier otro signo de enfermedad similar a la gripe?

Si ____ No ____

3. En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto cercano con una persona que dio positivo por COVID-19?

Si ____ No ____

*Solo personal de oficina **

Temperatura del paciente/visitante: _____

Nombre impreso del miembro del personal: _____

Firma del miembro del personal: _____

Escanee formularios de pacientes para registrar y retener formularios de visitantes en el sitio.



Nombre del paciente/visitante: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Fecha de visita: _____

Anne Arundel Dermatology
23503 Hollywood Rd Ste 102, Leonardtown Maryland 20650

Pacientes / Visitantes valorados

Como saben, el brote de coronavirus (COVID-19) ha llegado a todos los Estados Unidos. Para proteger su salud y la salud de nuestros empleados y nuestra comunidad en general, le pedimos que responda las siguientes preguntas. Todos los pacientes, visitantes y miembros del personal están siendo examinados. Un miembro del personal le tomará la temperatura para verificar si tiene fiebre. Fiebre significa una temperatura de 100.0° F o más. Si tiene fiebre, o si responde afirmativamente a las preguntas a continuación, se le pedirá que re programe su visita. El personal de recepción debe tener una copia de este formulario con la tabla antes de que el paciente sea llevado a la sala de examen.

1. ¿Actualmente se encuentra bajo el cuidado de un médico o aún está en cuarentena para una prueba COVID-19 positiva?

Si ____ No ____

2. ¿Actualmente experimenta alguno de los siguientes síntomas: fiebre, tos, congestión nasal de nueva aparición / secreción nasal, dolor de garganta, falta de aliento o dificultad para respirar, dolor de cabeza, escalofríos, dolores musculares, nueva pérdida de sabor u olfato, náuseas, vómitos, diarrea o cualquier otro signo de enfermedad similar a la gripe?

Si ____ No ____

3. En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto cercano con una persona que dio positivo por COVID-19?

Si ____ No ____

*Solo personal de oficina **

Temperatura del paciente/visitante: _____

Nombre impreso del miembro del personal: _____

Firma del miembro del personal: _____

Escanee formularios de pacientes para registrar y retener formularios de visitantes en el sitio.



Nombre del paciente/visitante: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Fecha de visita: _____

Anne Arundel Dermatology
231 Najoles Rd Suite 300, Millersville Maryland 21108

Pacientes / Visitantes valorados

Como saben, el brote de coronavirus (COVID-19) ha llegado a todos los Estados Unidos. Para proteger su salud y la salud de nuestros empleados y nuestra comunidad en general, le pedimos que responda las siguientes preguntas. Todos los pacientes, visitantes y miembros del personal están siendo examinados. Un miembro del personal le tomará la temperatura para verificar si tiene fiebre. Fiebre significa una temperatura de 100.0° F o más. Si tiene fiebre, o si responde afirmativamente a las preguntas a continuación, se le pedirá que re programe su visita. El personal de recepción debe tener una copia de este formulario con la tabla antes de que el paciente sea llevado a la sala de examen.

1. ¿Actualmente se encuentra bajo el cuidado de un médico o aún está en cuarentena para una prueba COVID-19 positiva?

Si ____ No ____

2. ¿Actualmente experimenta alguno de los siguientes síntomas: fiebre, tos, congestión nasal de nueva aparición / secreción nasal, dolor de garganta, falta de aliento o dificultad para respirar, dolor de cabeza, escalofríos, dolores musculares, nueva pérdida de sabor u olfato, náuseas, vómitos, diarrea o cualquier otro signo de enfermedad similar a la gripe?

Si ____ No ____

3. En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto cercano con una persona que dio positivo por COVID-19?

Si ____ No ____

*Solo personal de oficina **

Temperatura del paciente/visitante: _____

Nombre impreso del miembro del personal: _____

Firma del miembro del personal: _____

Escanee formularios de pacientes para registrar y retener formularios de visitantes en el sitio.



Nombre del paciente/visitante: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Fecha de visita: _____

Anne Arundel Dermatology's Meridiem DermSpa
231 Najoles Rd Suite 300, Millersville Maryland 21108

Pacientes / Visitantes valorados

Como saben, el brote de coronavirus (COVID-19) ha llegado a todos los Estados Unidos. Para proteger su salud y la salud de nuestros empleados y nuestra comunidad en general, le pedimos que responda las siguientes preguntas. Todos los pacientes, visitantes y miembros del personal están siendo examinados. Un miembro del personal le tomará la temperatura para verificar si tiene fiebre. Fiebre significa una temperatura de 100.0° F o más. Si tiene fiebre, o si responde afirmativamente a las preguntas a continuación, se le pedirá que re programe su visita. El personal de recepción debe tener una copia de este formulario con la tabla antes de que el paciente sea llevado a la sala de examen.

1. ¿Actualmente se encuentra bajo el cuidado de un médico o aún está en cuarentena para una prueba COVID-19 positiva?

Si ____ No ____

2. ¿Actualmente experimenta alguno de los siguientes síntomas: fiebre, tos, congestión nasal de nueva aparición / secreción nasal, dolor de garganta, falta de aliento o dificultad para respirar, dolor de cabeza, escalofríos, dolores musculares, nueva pérdida de sabor u olfato, náuseas, vómitos, diarrea o cualquier otro signo de enfermedad similar a la gripe?

Si ____ No ____

3. En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto cercano con una persona que dio positivo por COVID-19?

Si ____ No ____

*Solo personal de oficina **

Temperatura del paciente/visitante: _____

Nombre impreso del miembro del personal: _____

Firma del miembro del personal: _____

Escanee formularios de pacientes para registrar y retener formularios de visitantes en el sitio.



Nombre del paciente/visitante: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Fecha de visita: _____

Anne Arundel Dermatology
301 W Watersville Rd Ste 2, Mt. Airy Maryland 21771

Pacientes / Visitantes valorados

Como saben, el brote de coronavirus (COVID-19) ha llegado a todos los Estados Unidos. Para proteger su salud y la salud de nuestros empleados y nuestra comunidad en general, le pedimos que responda las siguientes preguntas. Todos los pacientes, visitantes y miembros del personal están siendo examinados. Un miembro del personal le tomará la temperatura para verificar si tiene fiebre. Fiebre significa una temperatura de 100.0° F o más. Si tiene fiebre, o si responde afirmativamente a las preguntas a continuación, se le pedirá que re programe su visita. El personal de recepción debe tener una copia de este formulario con la tabla antes de que el paciente sea llevado a la sala de examen.

1. ¿Actualmente se encuentra bajo el cuidado de un médico o aún está en cuarentena para una prueba COVID-19 positiva?

Si ____ No ____

2. ¿Actualmente experimenta alguno de los siguientes síntomas: fiebre, tos, congestión nasal de nueva aparición / secreción nasal, dolor de garganta, falta de aliento o dificultad para respirar, dolor de cabeza, escalofríos, dolores musculares, nueva pérdida de sabor u olfato, náuseas, vómitos, diarrea o cualquier otro signo de enfermedad similar a la gripe?

Si ____ No ____

3. En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto cercano con una persona que dio positivo por COVID-19?

Si ____ No ____

*Solo personal de oficina **

Temperatura del paciente/visitante: _____

Nombre impreso del miembro del personal: _____

Firma del miembro del personal: _____

Escanee formularios de pacientes para registrar y retener formularios de visitantes en el sitio.



Nombre del paciente/visitante: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Fecha de visita: _____

Virginia Dermatology & Skin Cancer Center, Affiliate of Anne Arundel Dermatology
12695 McManus Blvd Suite 4A-B, Newport News Virginia 23602

Pacientes / Visitantes valorados

Como saben, el brote de coronavirus (COVID-19) ha llegado a todos los Estados Unidos. Para proteger su salud y la salud de nuestros empleados y nuestra comunidad en general, le pedimos que responda las siguientes preguntas. Todos los pacientes, visitantes y miembros del personal están siendo examinados. Un miembro del personal le tomará la temperatura para verificar si tiene fiebre. Fiebre significa una temperatura de 100.0° F o más. Si tiene fiebre, o si responde afirmativamente a las preguntas a continuación, se le pedirá que re programe su visita. El personal de recepción debe tener una copia de este formulario con la tabla antes de que el paciente sea llevado a la sala de examen.

1. ¿Actualmente se encuentra bajo el cuidado de un médico o aún está en cuarentena para una prueba COVID-19 positiva?

Si ____ No ____

2. ¿Actualmente experimenta alguno de los siguientes síntomas: fiebre, tos, congestión nasal de nueva aparición / secreción nasal, dolor de garganta, falta de aliento o dificultad para respirar, dolor de cabeza, escalofríos, dolores musculares, nueva pérdida de sabor u olfato, náuseas, vómitos, diarrea o cualquier otro signo de enfermedad similar a la gripe?

Si ____ No ____

3. En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto cercano con una persona que dio positivo por COVID-19?

Si ____ No ____

*Solo personal de oficina **

Temperatura del paciente/visitante: _____

Nombre impreso del miembro del personal: _____

Firma del miembro del personal: _____

Escanee formularios de pacientes para registrar y retener formularios de visitantes en el sitio.



Nombre del paciente/visitante: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Fecha de visita: _____

Virginia Dermatology & Skin Cancer Center, Affiliate of Anne Arundel Dermatology
5630 Lowery Rd, Norfolk Virginia 23502

Pacientes / Visitantes valorados

Como saben, el brote de coronavirus (COVID-19) ha llegado a todos los Estados Unidos. Para proteger su salud y la salud de nuestros empleados y nuestra comunidad en general, le pedimos que responda las siguientes preguntas. Todos los pacientes, visitantes y miembros del personal están siendo examinados. Un miembro del personal le tomará la temperatura para verificar si tiene fiebre. Fiebre significa una temperatura de 100.0° F o más. Si tiene fiebre, o si responde afirmativamente a las preguntas a continuación, se le pedirá que re programe su visita. El personal de recepción debe tener una copia de este formulario con la tabla antes de que el paciente sea llevado a la sala de examen.

1. ¿Actualmente se encuentra bajo el cuidado de un médico o aún está en cuarentena para una prueba COVID-19 positiva?

Si ____ No ____

2. ¿Actualmente experimenta alguno de los siguientes síntomas: fiebre, tos, congestión nasal de nueva aparición / secreción nasal, dolor de garganta, falta de aliento o dificultad para respirar, dolor de cabeza, escalofríos, dolores musculares, nueva pérdida de sabor u olfato, náuseas, vómitos, diarrea o cualquier otro signo de enfermedad similar a la gripe?

Si ____ No ____

3. En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto cercano con una persona que dio positivo por COVID-19?

Si ____ No ____

*Solo personal de oficina **

Temperatura del paciente/visitante: _____

Nombre impreso del miembro del personal: _____

Firma del miembro del personal: _____

Escanee formularios de pacientes para registrar y retener formularios de visitantes en el sitio.



Nombre del paciente/visitante: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Fecha de visita: _____

Dermatology Associates of Knoxville, Affiliate of Anne Arundel Dermatology
7557 Dannaher Dr Ste G20, Powell Tennessee 37849

Pacientes / Visitantes valorados

Como saben, el brote de coronavirus (COVID-19) ha llegado a todos los Estados Unidos. Para proteger su salud y la salud de nuestros empleados y nuestra comunidad en general, le pedimos que responda las siguientes preguntas. Todos los pacientes, visitantes y miembros del personal están siendo examinados. Un miembro del personal le tomará la temperatura para verificar si tiene fiebre. Fiebre significa una temperatura de 100.0° F o más. Si tiene fiebre, o si responde afirmativamente a las preguntas a continuación, se le pedirá que re programe su visita. El personal de recepción debe tener una copia de este formulario con la tabla antes de que el paciente sea llevado a la sala de examen.

1. ¿Actualmente se encuentra bajo el cuidado de un médico o aún está en cuarentena para una prueba COVID-19 positiva?

Si ____ No ____

2. ¿Actualmente experimenta alguno de los siguientes síntomas: fiebre, tos, congestión nasal de nueva aparición / secreción nasal, dolor de garganta, falta de aliento o dificultad para respirar, dolor de cabeza, escalofríos, dolores musculares, nueva pérdida de sabor u olfato, náuseas, vómitos, diarrea o cualquier otro signo de enfermedad similar a la gripe?

Si ____ No ____

3. En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto cercano con una persona que dio positivo por COVID-19?

Si ____ No ____

*Solo personal de oficina **

Temperatura del paciente/visitante: _____

Nombre impreso del miembro del personal: _____

Firma del miembro del personal: _____

Escanee formularios de pacientes para registrar y retener formularios de visitantes en el sitio.



Nombre del paciente/visitante: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Fecha de visita: _____

SkinCare Center at Dermatology Associates of Knoxville
7557 Dannaher Dr Ste G20, Powell Tennessee 37849

Pacientes / Visitantes valorados

Como saben, el brote de coronavirus (COVID-19) ha llegado a todos los Estados Unidos. Para proteger su salud y la salud de nuestros empleados y nuestra comunidad en general, le pedimos que responda las siguientes preguntas. Todos los pacientes, visitantes y miembros del personal están siendo examinados. Un miembro del personal le tomará la temperatura para verificar si tiene fiebre. Fiebre significa una temperatura de 100.0° F o más. Si tiene fiebre, o si responde afirmativamente a las preguntas a continuación, se le pedirá que re programe su visita. El personal de recepción debe tener una copia de este formulario con la tabla antes de que el paciente sea llevado a la sala de examen.

1. ¿Actualmente se encuentra bajo el cuidado de un médico o aún está en cuarentena para una prueba COVID-19 positiva?

Si ____ No ____

2. ¿Actualmente experimenta alguno de los siguientes síntomas: fiebre, tos, congestión nasal de nueva aparición / secreción nasal, dolor de garganta, falta de aliento o dificultad para respirar, dolor de cabeza, escalofríos, dolores musculares, nueva pérdida de sabor u olfato, náuseas, vómitos, diarrea o cualquier otro signo de enfermedad similar a la gripe?

Si ____ No ____

3. En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto cercano con una persona que dio positivo por COVID-19?

Si ____ No ____

*Solo personal de oficina **

Temperatura del paciente/visitante: _____

Nombre impreso del miembro del personal: _____

Firma del miembro del personal: _____

Escanee formularios de pacientes para registrar y retener formularios de visitantes en el sitio.



Nombre del paciente/visitante: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Fecha de visita: _____

Anne Arundel Dermatology
995 North Prince Frederick Blvd Ste 204, Prince Frederick Maryland 20678

Pacientes / Visitantes valorados

Como saben, el brote de coronavirus (COVID-19) ha llegado a todos los Estados Unidos. Para proteger su salud y la salud de nuestros empleados y nuestra comunidad en general, le pedimos que responda las siguientes preguntas. Todos los pacientes, visitantes y miembros del personal están siendo examinados. Un miembro del personal le tomará la temperatura para verificar si tiene fiebre. Fiebre significa una temperatura de 100.0° F o más. Si tiene fiebre, o si responde afirmativamente a las preguntas a continuación, se le pedirá que re programe su visita. El personal de recepción debe tener una copia de este formulario con la tabla antes de que el paciente sea llevado a la sala de examen.

1. ¿Actualmente se encuentra bajo el cuidado de un médico o aún está en cuarentena para una prueba COVID-19 positiva?

Si ____ No ____

2. ¿Actualmente experimenta alguno de los siguientes síntomas: fiebre, tos, congestión nasal de nueva aparición / secreción nasal, dolor de garganta, falta de aliento o dificultad para respirar, dolor de cabeza, escalofríos, dolores musculares, nueva pérdida de sabor u olfato, náuseas, vómitos, diarrea o cualquier otro signo de enfermedad similar a la gripe?

Si ____ No ____

3. En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto cercano con una persona que dio positivo por COVID-19?

Si ____ No ____

*Solo personal de oficina **

Temperatura del paciente/visitante: _____

Nombre impreso del miembro del personal: _____

Firma del miembro del personal: _____

Escanee formularios de pacientes para registrar y retener formularios de visitantes en el sitio.



Nombre del paciente/visitante: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Fecha de visita: _____

Audrey Echt Dermatology, Affiliate of Anne Arundel Dermatology
10931 Raven Ridge Road Suite 101, Raleigh North Carolina 27614

Pacientes / Visitantes valorados

Como saben, el brote de coronavirus (COVID-19) ha llegado a todos los Estados Unidos. Para proteger su salud y la salud de nuestros empleados y nuestra comunidad en general, le pedimos que responda las siguientes preguntas. Todos los pacientes, visitantes y miembros del personal están siendo examinados. Un miembro del personal le tomará la temperatura para verificar si tiene fiebre. Fiebre significa una temperatura de 100.0° F o más. Si tiene fiebre, o si responde afirmativamente a las preguntas a continuación, se le pedirá que re programe su visita. El personal de recepción debe tener una copia de este formulario con la tabla antes de que el paciente sea llevado a la sala de examen.

1. ¿Actualmente se encuentra bajo el cuidado de un médico o aún está en cuarentena para una prueba COVID-19 positiva?

Si ____ No ____

2. ¿Actualmente experimenta alguno de los siguientes síntomas: fiebre, tos, congestión nasal de nueva aparición / secreción nasal, dolor de garganta, falta de aliento o dificultad para respirar, dolor de cabeza, escalofríos, dolores musculares, nueva pérdida de sabor u olfato, náuseas, vómitos, diarrea o cualquier otro signo de enfermedad similar a la gripe?

Si ____ No ____

3. En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto cercano con una persona que dio positivo por COVID-19?

Si ____ No ____

*Solo personal de oficina **

Temperatura del paciente/visitante: _____

Nombre impreso del miembro del personal: _____

Firma del miembro del personal: _____

Escanee formularios de pacientes para registrar y retener formularios de visitantes en el sitio.



Nombre del paciente/visitante: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Fecha de visita: _____

Raleigh Dermatology, Affiliate of Anne Arundel Dermatology
800 Springfield Commons Drive Suite 115, Raleigh North Carolina 27609

Pacientes / Visitantes valorados

Como saben, el brote de coronavirus (COVID-19) ha llegado a todos los Estados Unidos. Para proteger su salud y la salud de nuestros empleados y nuestra comunidad en general, le pedimos que responda las siguientes preguntas. Todos los pacientes, visitantes y miembros del personal están siendo examinados. Un miembro del personal le tomará la temperatura para verificar si tiene fiebre. Fiebre significa una temperatura de 100.0° F o más. Si tiene fiebre, o si responde afirmativamente a las preguntas a continuación, se le pedirá que re programe su visita. El personal de recepción debe tener una copia de este formulario con la tabla antes de que el paciente sea llevado a la sala de examen.

1. ¿Actualmente se encuentra bajo el cuidado de un médico o aún está en cuarentena para una prueba COVID-19 positiva?

Si ____ No ____

2. ¿Actualmente experimenta alguno de los siguientes síntomas: fiebre, tos, congestión nasal de nueva aparición / secreción nasal, dolor de garganta, falta de aliento o dificultad para respirar, dolor de cabeza, escalofríos, dolores musculares, nueva pérdida de sabor u olfato, náuseas, vómitos, diarrea o cualquier otro signo de enfermedad similar a la gripe?

Si ____ No ____

3. En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto cercano con una persona que dio positivo por COVID-19?

Si ____ No ____

*Solo personal de oficina **

Temperatura del paciente/visitante: _____

Nombre impreso del miembro del personal: _____

Firma del miembro del personal: _____

Escanee formularios de pacientes para registrar y retener formularios de visitantes en el sitio.



Nombre del paciente/visitante: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Fecha de visita: _____

Skin & Cosmetic Solutions, Affiliate of Anne Arundel Dermatology
800 Springfield Commons Drive Suite 116, Raleigh North Carolina 27609

Pacientes / Visitantes valorados

Como saben, el brote de coronavirus (COVID-19) ha llegado a todos los Estados Unidos. Para proteger su salud y la salud de nuestros empleados y nuestra comunidad en general, le pedimos que responda las siguientes preguntas. Todos los pacientes, visitantes y miembros del personal están siendo examinados. Un miembro del personal le tomará la temperatura para verificar si tiene fiebre. Fiebre significa una temperatura de 100.0° F o más. Si tiene fiebre, o si responde afirmativamente a las preguntas a continuación, se le pedirá que re programe su visita. El personal de recepción debe tener una copia de este formulario con la tabla antes de que el paciente sea llevado a la sala de examen.

1. ¿Actualmente se encuentra bajo el cuidado de un médico o aún está en cuarentena para una prueba COVID-19 positiva?

Si ____ No ____

2. ¿Actualmente experimenta alguno de los siguientes síntomas: fiebre, tos, congestión nasal de nueva aparición / secreción nasal, dolor de garganta, falta de aliento o dificultad para respirar, dolor de cabeza, escalofríos, dolores musculares, nueva pérdida de sabor u olfato, náuseas, vómitos, diarrea o cualquier otro signo de enfermedad similar a la gripe?

Si ____ No ____

3. En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto cercano con una persona que dio positivo por COVID-19?

Si ____ No ____

*Solo personal de oficina **

Temperatura del paciente/visitante: _____

Nombre impreso del miembro del personal: _____

Firma del miembro del personal: _____

Escanee formularios de pacientes para registrar y retener formularios de visitantes en el sitio.



Nombre del paciente/visitante: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Fecha de visita: _____

Skin Renewal Center at Southern Dermatology
4201 Lake Boone Trail Suite 207, Raleigh North Carolina 27607

Pacientes / Visitantes valorados

Como saben, el brote de coronavirus (COVID-19) ha llegado a todos los Estados Unidos. Para proteger su salud y la salud de nuestros empleados y nuestra comunidad en general, le pedimos que responda las siguientes preguntas. Todos los pacientes, visitantes y miembros del personal están siendo examinados. Un miembro del personal le tomará la temperatura para verificar si tiene fiebre. Fiebre significa una temperatura de 100.0° F o más. Si tiene fiebre, o si responde afirmativamente a las preguntas a continuación, se le pedirá que re programe su visita. El personal de recepción debe tener una copia de este formulario con la tabla antes de que el paciente sea llevado a la sala de examen.

1. ¿Actualmente se encuentra bajo el cuidado de un médico o aún está en cuarentena para una prueba COVID-19 positiva?

Si ____ No ____

2. ¿Actualmente experimenta alguno de los siguientes síntomas: fiebre, tos, congestión nasal de nueva aparición / secreción nasal, dolor de garganta, falta de aliento o dificultad para respirar, dolor de cabeza, escalofríos, dolores musculares, nueva pérdida de sabor u olfato, náuseas, vómitos, diarrea o cualquier otro signo de enfermedad similar a la gripe?

Si ____ No ____

3. En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto cercano con una persona que dio positivo por COVID-19?

Si ____ No ____

*Solo personal de oficina **

Temperatura del paciente/visitante: _____

Nombre impreso del miembro del personal: _____

Firma del miembro del personal: _____

Escanee formularios de pacientes para registrar y retener formularios de visitantes en el sitio.



Nombre del paciente/visitante: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Fecha de visita: _____

Southern Dermatology, Affiliate of Anne Arundel Dermatology
4201 Lake Boone Trail Suite 200, Raleigh North Carolina 27607

Pacientes / Visitantes valorados

Como saben, el brote de coronavirus (COVID-19) ha llegado a todos los Estados Unidos. Para proteger su salud y la salud de nuestros empleados y nuestra comunidad en general, le pedimos que responda las siguientes preguntas. Todos los pacientes, visitantes y miembros del personal están siendo examinados. Un miembro del personal le tomará la temperatura para verificar si tiene fiebre. Fiebre significa una temperatura de 100.0° F o más. Si tiene fiebre, o si responde afirmativamente a las preguntas a continuación, se le pedirá que re programe su visita. El personal de recepción debe tener una copia de este formulario con la tabla antes de que el paciente sea llevado a la sala de examen.

1. ¿Actualmente se encuentra bajo el cuidado de un médico o aún está en cuarentena para una prueba COVID-19 positiva?

Si ____ No ____

2. ¿Actualmente experimenta alguno de los siguientes síntomas: fiebre, tos, congestión nasal de nueva aparición / secreción nasal, dolor de garganta, falta de aliento o dificultad para respirar, dolor de cabeza, escalofríos, dolores musculares, nueva pérdida de sabor u olfato, náuseas, vómitos, diarrea o cualquier otro signo de enfermedad similar a la gripe?

Si ____ No ____

3. En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto cercano con una persona que dio positivo por COVID-19?

Si ____ No ____

*Solo personal de oficina **

Temperatura del paciente/visitante: _____

Nombre impreso del miembro del personal: _____

Firma del miembro del personal: _____

Escanee formularios de pacientes para registrar y retener formularios de visitantes en el sitio.



Nombre del paciente/visitante: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Fecha de visita: _____

Katz Dermatology, An Affiliate of Anne Arundel Dermatology
11510 Old Georgetown Rd, Rockville Maryland 20852

Pacientes / Visitantes valorados

Como saben, el brote de coronavirus (COVID-19) ha llegado a todos los Estados Unidos. Para proteger su salud y la salud de nuestros empleados y nuestra comunidad en general, le pedimos que responda las siguientes preguntas. Todos los pacientes, visitantes y miembros del personal están siendo examinados. Un miembro del personal le tomará la temperatura para verificar si tiene fiebre. Fiebre significa una temperatura de 100.0° F o más. Si tiene fiebre, o si responde afirmativamente a las preguntas a continuación, se le pedirá que re programe su visita. El personal de recepción debe tener una copia de este formulario con la tabla antes de que el paciente sea llevado a la sala de examen.

1. ¿Actualmente se encuentra bajo el cuidado de un médico o aún está en cuarentena para una prueba COVID-19 positiva?

Si ____ No ____

2. ¿Actualmente experimenta alguno de los siguientes síntomas: fiebre, tos, congestión nasal de nueva aparición / secreción nasal, dolor de garganta, falta de aliento o dificultad para respirar, dolor de cabeza, escalofríos, dolores musculares, nueva pérdida de sabor u olfato, náuseas, vómitos, diarrea o cualquier otro signo de enfermedad similar a la gripe?

Si ____ No ____

3. En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto cercano con una persona que dio positivo por COVID-19?

Si ____ No ____

*Solo personal de oficina **

Temperatura del paciente/visitante: _____

Nombre impreso del miembro del personal: _____

Firma del miembro del personal: _____

Escanee formularios de pacientes para registrar y retener formularios de visitantes en el sitio.



Nombre del paciente/visitante: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Fecha de visita: _____

Montgomery Dermatology Associates, A Division of Anne Arundel Dermatology
15225 Shady Grove Rd Ste 303, Rockville Maryland 20850

Pacientes / Visitantes valorados

Como saben, el brote de coronavirus (COVID-19) ha llegado a todos los Estados Unidos. Para proteger su salud y la salud de nuestros empleados y nuestra comunidad en general, le pedimos que responda las siguientes preguntas. Todos los pacientes, visitantes y miembros del personal están siendo examinados. Un miembro del personal le tomará la temperatura para verificar si tiene fiebre. Fiebre significa una temperatura de 100.0° F o más. Si tiene fiebre, o si responde afirmativamente a las preguntas a continuación, se le pedirá que re programe su visita. El personal de recepción debe tener una copia de este formulario con la tabla antes de que el paciente sea llevado a la sala de examen.

1. ¿Actualmente se encuentra bajo el cuidado de un médico o aún está en cuarentena para una prueba COVID-19 positiva?

Si ____ No ____

2. ¿Actualmente experimenta alguno de los siguientes síntomas: fiebre, tos, congestión nasal de nueva aparición / secreción nasal, dolor de garganta, falta de aliento o dificultad para respirar, dolor de cabeza, escalofríos, dolores musculares, nueva pérdida de sabor u olfato, náuseas, vómitos, diarrea o cualquier otro signo de enfermedad similar a la gripe?

Si ____ No ____

3. En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto cercano con una persona que dio positivo por COVID-19?

Si ____ No ____

*Solo personal de oficina **

Temperatura del paciente/visitante: _____

Nombre impreso del miembro del personal: _____

Firma del miembro del personal: _____

Escanee formularios de pacientes para registrar y retener formularios de visitantes en el sitio.



Nombre del paciente/visitante: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Fecha de visita: _____

Knoxville Dermatology Group, An Affiliate of Anne Arundel Dermatology
740 Middle Creek Rd Ste 114, Sevierville Tennessee 37862

Pacientes / Visitantes valorados

Como saben, el brote de coronavirus (COVID-19) ha llegado a todos los Estados Unidos. Para proteger su salud y la salud de nuestros empleados y nuestra comunidad en general, le pedimos que responda las siguientes preguntas. Todos los pacientes, visitantes y miembros del personal están siendo examinados. Un miembro del personal le tomará la temperatura para verificar si tiene fiebre. Fiebre significa una temperatura de 100.0° F o más. Si tiene fiebre, o si responde afirmativamente a las preguntas a continuación, se le pedirá que re programe su visita. El personal de recepción debe tener una copia de este formulario con la tabla antes de que el paciente sea llevado a la sala de examen.

1. ¿Actualmente se encuentra bajo el cuidado de un médico o aún está en cuarentena para una prueba COVID-19 positiva?

Si ____ No ____

2. ¿Actualmente experimenta alguno de los siguientes síntomas: fiebre, tos, congestión nasal de nueva aparición / secreción nasal, dolor de garganta, falta de aliento o dificultad para respirar, dolor de cabeza, escalofríos, dolores musculares, nueva pérdida de sabor u olfato, náuseas, vómitos, diarrea o cualquier otro signo de enfermedad similar a la gripe?

Si ____ No ____

3. En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto cercano con una persona que dio positivo por COVID-19?

Si ____ No ____

*Solo personal de oficina **

Temperatura del paciente/visitante: _____

Nombre impreso del miembro del personal: _____

Firma del miembro del personal: _____

Escanee formularios de pacientes para registrar y retener formularios de visitantes en el sitio.



Nombre del paciente/visitante: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Fecha de visita: _____

MediSpa Knoxville Dermatology Group, An Affiliate of Anne Arundel Dermatology
740 Middle Creek Rd Ste 111, Sevierville Tennessee 37862

Pacientes / Visitantes valorados

Como saben, el brote de coronavirus (COVID-19) ha llegado a todos los Estados Unidos. Para proteger su salud y la salud de nuestros empleados y nuestra comunidad en general, le pedimos que responda las siguientes preguntas. Todos los pacientes, visitantes y miembros del personal están siendo examinados. Un miembro del personal le tomará la temperatura para verificar si tiene fiebre. Fiebre significa una temperatura de 100.0° F o más. Si tiene fiebre, o si responde afirmativamente a las preguntas a continuación, se le pedirá que re programe su visita. El personal de recepción debe tener una copia de este formulario con la tabla antes de que el paciente sea llevado a la sala de examen.

1. ¿Actualmente se encuentra bajo el cuidado de un médico o aún está en cuarentena para una prueba COVID-19 positiva?

Si ____ No ____

2. ¿Actualmente experimenta alguno de los siguientes síntomas: fiebre, tos, congestión nasal de nueva aparición / secreción nasal, dolor de garganta, falta de aliento o dificultad para respirar, dolor de cabeza, escalofríos, dolores musculares, nueva pérdida de sabor u olfato, náuseas, vómitos, diarrea o cualquier otro signo de enfermedad similar a la gripe?

Si ____ No ____

3. En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto cercano con una persona que dio positivo por COVID-19?

Si ____ No ____

*Solo personal de oficina **

Temperatura del paciente/visitante: _____

Nombre impreso del miembro del personal: _____

Firma del miembro del personal: _____

Escanee formularios de pacientes para registrar y retener formularios de visitantes en el sitio.



Nombre del paciente/visitante: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Fecha de visita: _____

Rock Creek Dermatology, Affiliate of Anne Arundel Dermatology
3925 Ferrara Drive, Silver Spring Maryland 21704

Pacientes / Visitantes valorados

Como saben, el brote de coronavirus (COVID-19) ha llegado a todos los Estados Unidos. Para proteger su salud y la salud de nuestros empleados y nuestra comunidad en general, le pedimos que responda las siguientes preguntas. Todos los pacientes, visitantes y miembros del personal están siendo examinados. Un miembro del personal le tomará la temperatura para verificar si tiene fiebre. Fiebre significa una temperatura de 100.0° F o más. Si tiene fiebre, o si responde afirmativamente a las preguntas a continuación, se le pedirá que re programe su visita. El personal de recepción debe tener una copia de este formulario con la tabla antes de que el paciente sea llevado a la sala de examen.

1. ¿Actualmente se encuentra bajo el cuidado de un médico o aún está en cuarentena para una prueba COVID-19 positiva?

Si ____ No ____

2. ¿Actualmente experimenta alguno de los siguientes síntomas: fiebre, tos, congestión nasal de nueva aparición / secreción nasal, dolor de garganta, falta de aliento o dificultad para respirar, dolor de cabeza, escalofríos, dolores musculares, nueva pérdida de sabor u olfato, náuseas, vómitos, diarrea o cualquier otro signo de enfermedad similar a la gripe?

Si ____ No ____

3. En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto cercano con una persona que dio positivo por COVID-19?

Si ____ No ____

*Solo personal de oficina **

Temperatura del paciente/visitante: _____

Nombre impreso del miembro del personal: _____

Firma del miembro del personal: _____

Escanee formularios de pacientes para registrar y retener formularios de visitantes en el sitio.



Nombre del paciente/visitante: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Fecha de visita: _____

Anne Arundel Dermatology
115 Sallitt Dr Ste E, Stevensville Maryland 21666

Pacientes / Visitantes valorados

Como saben, el brote de coronavirus (COVID-19) ha llegado a todos los Estados Unidos. Para proteger su salud y la salud de nuestros empleados y nuestra comunidad en general, le pedimos que responda las siguientes preguntas. Todos los pacientes, visitantes y miembros del personal están siendo examinados. Un miembro del personal le tomará la temperatura para verificar si tiene fiebre. Fiebre significa una temperatura de 100.0° F o más. Si tiene fiebre, o si responde afirmativamente a las preguntas a continuación, se le pedirá que re programe su visita. El personal de recepción debe tener una copia de este formulario con la tabla antes de que el paciente sea llevado a la sala de examen.

1. ¿Actualmente se encuentra bajo el cuidado de un médico o aún está en cuarentena para una prueba COVID-19 positiva?

Si ____ No ____

2. ¿Actualmente experimenta alguno de los siguientes síntomas: fiebre, tos, congestión nasal de nueva aparición / secreción nasal, dolor de garganta, falta de aliento o dificultad para respirar, dolor de cabeza, escalofríos, dolores musculares, nueva pérdida de sabor u olfato, náuseas, vómitos, diarrea o cualquier otro signo de enfermedad similar a la gripe?

Si ____ No ____

3. En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto cercano con una persona que dio positivo por COVID-19?

Si ____ No ____

*Solo personal de oficina **

Temperatura del paciente/visitante: _____

Nombre impreso del miembro del personal: _____

Firma del miembro del personal: _____

Escanee formularios de pacientes para registrar y retener formularios de visitantes en el sitio.



Nombre del paciente/visitante: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Fecha de visita: _____

Virginia Dermatology & Skin Cancer Center, Affiliate of Anne Arundel Dermatology
1035 Champions Way Ste 100, Suffolk Virginia 23435

Pacientes / Visitantes valorados

Como saben, el brote de coronavirus (COVID-19) ha llegado a todos los Estados Unidos. Para proteger su salud y la salud de nuestros empleados y nuestra comunidad en general, le pedimos que responda las siguientes preguntas. Todos los pacientes, visitantes y miembros del personal están siendo examinados. Un miembro del personal le tomará la temperatura para verificar si tiene fiebre. Fiebre significa una temperatura de 100.0° F o más. Si tiene fiebre, o si responde afirmativamente a las preguntas a continuación, se le pedirá que re programe su visita. El personal de recepción debe tener una copia de este formulario con la tabla antes de que el paciente sea llevado a la sala de examen.

1. ¿Actualmente se encuentra bajo el cuidado de un médico o aún está en cuarentena para una prueba COVID-19 positiva?

Si ____ No ____

2. ¿Actualmente experimenta alguno de los siguientes síntomas: fiebre, tos, congestión nasal de nueva aparición / secreción nasal, dolor de garganta, falta de aliento o dificultad para respirar, dolor de cabeza, escalofríos, dolores musculares, nueva pérdida de sabor u olfato, náuseas, vómitos, diarrea o cualquier otro signo de enfermedad similar a la gripe?

Si ____ No ____

3. En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto cercano con una persona que dio positivo por COVID-19?

Si ____ No ____

*Solo personal de oficina **

Temperatura del paciente/visitante: _____

Nombre impreso del miembro del personal: _____

Firma del miembro del personal: _____

Escanee formularios de pacientes para registrar y retener formularios de visitantes en el sitio.



Nombre del paciente/visitante: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Fecha de visita: _____

Virginia Dermatology & Skin Cancer Center, Affiliate of Anne Arundel Dermatology
1069 Centerbrooke Ln, Suffolk Virginia 23434

Pacientes / Visitantes valorados

Como saben, el brote de coronavirus (COVID-19) ha llegado a todos los Estados Unidos. Para proteger su salud y la salud de nuestros empleados y nuestra comunidad en general, le pedimos que responda las siguientes preguntas. Todos los pacientes, visitantes y miembros del personal están siendo examinados. Un miembro del personal le tomará la temperatura para verificar si tiene fiebre. Fiebre significa una temperatura de 100.0° F o más. Si tiene fiebre, o si responde afirmativamente a las preguntas a continuación, se le pedirá que re programe su visita. El personal de recepción debe tener una copia de este formulario con la tabla antes de que el paciente sea llevado a la sala de examen.

1. ¿Actualmente se encuentra bajo el cuidado de un médico o aún está en cuarentena para una prueba COVID-19 positiva?

Si ____ No ____

2. ¿Actualmente experimenta alguno de los siguientes síntomas: fiebre, tos, congestión nasal de nueva aparición / secreción nasal, dolor de garganta, falta de aliento o dificultad para respirar, dolor de cabeza, escalofríos, dolores musculares, nueva pérdida de sabor u olfato, náuseas, vómitos, diarrea o cualquier otro signo de enfermedad similar a la gripe?

Si ____ No ____

3. En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto cercano con una persona que dio positivo por COVID-19?

Si ____ No ____

*Solo personal de oficina **

Temperatura del paciente/visitante: _____

Nombre impreso del miembro del personal: _____

Firma del miembro del personal: _____

Escanee formularios de pacientes para registrar y retener formularios de visitantes en el sitio.



Nombre del paciente/visitante: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Fecha de visita: _____

Anne Arundel Dermatology
810 Gleneagles Ct Ste 204, Towson Maryland 21286

Pacientes / Visitantes valorados

Como saben, el brote de coronavirus (COVID-19) ha llegado a todos los Estados Unidos. Para proteger su salud y la salud de nuestros empleados y nuestra comunidad en general, le pedimos que responda las siguientes preguntas. Todos los pacientes, visitantes y miembros del personal están siendo examinados. Un miembro del personal le tomará la temperatura para verificar si tiene fiebre. Fiebre significa una temperatura de 100.0° F o más. Si tiene fiebre, o si responde afirmativamente a las preguntas a continuación, se le pedirá que re programe su visita. El personal de recepción debe tener una copia de este formulario con la tabla antes de que el paciente sea llevado a la sala de examen.

1. ¿Actualmente se encuentra bajo el cuidado de un médico o aún está en cuarentena para una prueba COVID-19 positiva?

Si ____ No ____

2. ¿Actualmente experimenta alguno de los siguientes síntomas: fiebre, tos, congestión nasal de nueva aparición / secreción nasal, dolor de garganta, falta de aliento o dificultad para respirar, dolor de cabeza, escalofríos, dolores musculares, nueva pérdida de sabor u olfato, náuseas, vómitos, diarrea o cualquier otro signo de enfermedad similar a la gripe?

Si ____ No ____

3. En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto cercano con una persona que dio positivo por COVID-19?

Si ____ No ____

*Solo personal de oficina **

Temperatura del paciente/visitante: _____

Nombre impreso del miembro del personal: _____

Firma del miembro del personal: _____

Escanee formularios de pacientes para registrar y retener formularios de visitantes en el sitio.



Nombre del paciente/visitante: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Fecha de visita: _____

Rock Creek Dermatology, Affiliate of Anne Arundel Dermatology
3430 Worthington Blvd. Ste 205, Urbana Maryland 21704

Pacientes / Visitantes valorados

Como saben, el brote de coronavirus (COVID-19) ha llegado a todos los Estados Unidos. Para proteger su salud y la salud de nuestros empleados y nuestra comunidad en general, le pedimos que responda las siguientes preguntas. Todos los pacientes, visitantes y miembros del personal están siendo examinados. Un miembro del personal le tomará la temperatura para verificar si tiene fiebre. Fiebre significa una temperatura de 100.0° F o más. Si tiene fiebre, o si responde afirmativamente a las preguntas a continuación, se le pedirá que re programe su visita. El personal de recepción debe tener una copia de este formulario con la tabla antes de que el paciente sea llevado a la sala de examen.

1. ¿Actualmente se encuentra bajo el cuidado de un médico o aún está en cuarentena para una prueba COVID-19 positiva?

Si ____ No ____

2. ¿Actualmente experimenta alguno de los siguientes síntomas: fiebre, tos, congestión nasal de nueva aparición / secreción nasal, dolor de garganta, falta de aliento o dificultad para respirar, dolor de cabeza, escalofríos, dolores musculares, nueva pérdida de sabor u olfato, náuseas, vómitos, diarrea o cualquier otro signo de enfermedad similar a la gripe?

Si ____ No ____

3. En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto cercano con una persona que dio positivo por COVID-19?

Si ____ No ____

*Solo personal de oficina **

Temperatura del paciente/visitante: _____

Nombre impreso del miembro del personal: _____

Firma del miembro del personal: _____

Escanee formularios de pacientes para registrar y retener formularios de visitantes en el sitio.



Nombre del paciente/visitante: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Fecha de visita: _____

Anne Arundel Dermatology
2236C Gallows Road Floor 2, Vienna Virginia 22182

Pacientes / Visitantes valorados

Como saben, el brote de coronavirus (COVID-19) ha llegado a todos los Estados Unidos. Para proteger su salud y la salud de nuestros empleados y nuestra comunidad en general, le pedimos que responda las siguientes preguntas. Todos los pacientes, visitantes y miembros del personal están siendo examinados. Un miembro del personal le tomará la temperatura para verificar si tiene fiebre. Fiebre significa una temperatura de 100.0° F o más. Si tiene fiebre, o si responde afirmativamente a las preguntas a continuación, se le pedirá que re programe su visita. El personal de recepción debe tener una copia de este formulario con la tabla antes de que el paciente sea llevado a la sala de examen.

1. ¿Actualmente se encuentra bajo el cuidado de un médico o aún está en cuarentena para una prueba COVID-19 positiva?

Si ____ No ____

2. ¿Actualmente experimenta alguno de los siguientes síntomas: fiebre, tos, congestión nasal de nueva aparición / secreción nasal, dolor de garganta, falta de aliento o dificultad para respirar, dolor de cabeza, escalofríos, dolores musculares, nueva pérdida de sabor u olfato, náuseas, vómitos, diarrea o cualquier otro signo de enfermedad similar a la gripe?

Si ____ No ____

3. En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto cercano con una persona que dio positivo por COVID-19?

Si ____ No ____

*Solo personal de oficina **

Temperatura del paciente/visitante: _____

Nombre impreso del miembro del personal: _____

Firma del miembro del personal: _____

Escanee formularios de pacientes para registrar y retener formularios de visitantes en el sitio.



Nombre del paciente/visitante: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Fecha de visita: _____

McDaniel Laser & Cosmetic Center, An Affiliate of Anne Arundel Dermatology
125 Market St, Virginia Beach Virginia 23462

Pacientes / Visitantes valorados

Como saben, el brote de coronavirus (COVID-19) ha llegado a todos los Estados Unidos. Para proteger su salud y la salud de nuestros empleados y nuestra comunidad en general, le pedimos que responda las siguientes preguntas. Todos los pacientes, visitantes y miembros del personal están siendo examinados. Un miembro del personal le tomará la temperatura para verificar si tiene fiebre. Fiebre significa una temperatura de 100.0° F o más. Si tiene fiebre, o si responde afirmativamente a las preguntas a continuación, se le pedirá que re programe su visita. El personal de recepción debe tener una copia de este formulario con la tabla antes de que el paciente sea llevado a la sala de examen.

1. ¿Actualmente se encuentra bajo el cuidado de un médico o aún está en cuarentena para una prueba COVID-19 positiva?

Si ____ No ____

2. ¿Actualmente experimenta alguno de los siguientes síntomas: fiebre, tos, congestión nasal de nueva aparición / secreción nasal, dolor de garganta, falta de aliento o dificultad para respirar, dolor de cabeza, escalofríos, dolores musculares, nueva pérdida de sabor u olfato, náuseas, vómitos, diarrea o cualquier otro signo de enfermedad similar a la gripe?

Si ____ No ____

3. En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto cercano con una persona que dio positivo por COVID-19?

Si ____ No ____

*Solo personal de oficina **

Temperatura del paciente/visitante: _____

Nombre impreso del miembro del personal: _____

Firma del miembro del personal: _____

Escanee formularios de pacientes para registrar y retener formularios de visitantes en el sitio.



Nombre del paciente/visitante: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Fecha de visita: _____

Anne Arundel Dermatology
410 Meadow Creek Dr Ste 205, Westminister Maryland 21158

Pacientes / Visitantes valorados

Como saben, el brote de coronavirus (COVID-19) ha llegado a todos los Estados Unidos. Para proteger su salud y la salud de nuestros empleados y nuestra comunidad en general, le pedimos que responda las siguientes preguntas. Todos los pacientes, visitantes y miembros del personal están siendo examinados. Un miembro del personal le tomará la temperatura para verificar si tiene fiebre. Fiebre significa una temperatura de 100.0° F o más. Si tiene fiebre, o si responde afirmativamente a las preguntas a continuación, se le pedirá que re programe su visita. El personal de recepción debe tener una copia de este formulario con la tabla antes de que el paciente sea llevado a la sala de examen.

1. ¿Actualmente se encuentra bajo el cuidado de un médico o aún está en cuarentena para una prueba COVID-19 positiva?

Si ____ No ____

2. ¿Actualmente experimenta alguno de los siguientes síntomas: fiebre, tos, congestión nasal de nueva aparición / secreción nasal, dolor de garganta, falta de aliento o dificultad para respirar, dolor de cabeza, escalofríos, dolores musculares, nueva pérdida de sabor u olfato, náuseas, vómitos, diarrea o cualquier otro signo de enfermedad similar a la gripe?

Si ____ No ____

3. En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto cercano con una persona que dio positivo por COVID-19?

Si ____ No ____

*Solo personal de oficina **

Temperatura del paciente/visitante: _____

Nombre impreso del miembro del personal: _____

Firma del miembro del personal: _____

Escanee formularios de pacientes para registrar y retener formularios de visitantes en el sitio.



Nombre del paciente/visitante: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Fecha de visita: _____