

Здравна анкета

Име: _____

Рожден ден: _____

Дата: _____

Здравна листовка за оценка на риска от инфекция / Корона

Имали ли сте симптоми на настинка през последните 7 дни?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Не
През последните 8 седмици били ли сте съзнателно в контакт с човек, който има новия корона вирус (COVID-19) е открит?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Не
През последните 8 седмици били ли сте съзнателно в контакт с лице, за което се подозира, че притежава романа Корона вирусът (COVID-19) съществува? Или членовете на вашето семейство или Членовете на домакинството в момента имат симптоми, които показват а показват инфекция с COVID-19?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Не
Имахте ли вече доказателство за Corona/SARS-CoV-2? Ако е така, кога?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Не

 Подпис

 подпис на служителя