

Name: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_

**FORMULARIO DE DETECCIÓN PARA PACIENTES**

 Hágale las siguientes preguntas a todo paciente en cualquier área de atención médica de las instalaciones o clínicas de MemorialCare.

1	<b>Dentro de los últimos 30 días, ¿ha viajado/salido el paciente fuera de los Estados Unidos?</b> Respuesta del paciente:    Sí        No        (por favor encierre la respuesta en un círculo)
2	<b>Si es así, ¿cuándo y a dónde viajó?</b> Fecha: _____ Lugar: _____
3	<b>Dentro de los últimos 30 días, ¿ha salido de los Estados Unidos algún miembro de su familia o persona allegada?</b> Respuesta del paciente:    Sí        No        (por favor encierre la respuesta en un círculo)
4	<b>Si es así, ¿cuándo y a dónde viajaron?</b> Fecha: _____ Lugar: _____
5	<b>¿Existe la posibilidad de que usted haya tenido contacto con una persona que se conoce o sospecha que tenga la enfermedad por el virus de Ébola?</b> Respuesta del paciente:    Sí        No        (por favor encierre la respuesta en un círculo)

 Si la respuesta a **TODAS** las preguntas anteriores es **NO**, DETÉNGASE.

 Si la respuesta a **CUALQUIERA** de las preguntas anteriores es **SÍ**, Y el paciente o alguna persona allegada ha viajado a un país que aparece en la lista de alerta por el virus de Ébola de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) (incluyendo a Guinea, Liberia, Sierra Leona), prosiga al paso #6.

6	<b>a. Entréguele al paciente una máscara quirúrgica para que se la ponga</b> <b>b. Páselo de inmediato a una habitación de aislamiento privada o zona apartada</b> <b>c. Siga las precauciones ESTÁNDAR, de transmisión por CONTACTO y por PARTÍCULAS durante el RESTO de la evaluación</b> <b>d. Avísele al proveedor/médico a cargo</b> <b>e. Avísele al hospital o dirigentes del lugar para realizar evaluaciones adicionales</b> <b>f. Complete el paso 7 de acuerdo al protocolo de la instalación. Revise los hallazgos con el médico y el personal al mando.</b>																								
7	<b>Evaluación: Tómele la temperatura al paciente y hágale las siguientes preguntas</b> <b>¿Presenta el paciente los siguientes síntomas? (por favor encierre en un círculo):</b> Documente la temperatura: _____ <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 60%;">• Fiebre</td> <td style="width: 20%;">SÍ</td> <td style="width: 20%;">NO</td> </tr> <tr> <td>• Dolor de cabeza</td> <td>SÍ</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>• Debilidad</td> <td>SÍ</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>• Dolor muscular o en las articulaciones</td> <td>SÍ</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>• Vómito</td> <td>SÍ</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>• Diarrea</td> <td>SÍ</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>• Dolor abdominal</td> <td>SÍ</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>• Sangrado o moretones sin motivo aparente</td> <td>SÍ</td> <td>NO</td> </tr> </table>	• Fiebre	SÍ	NO	• Dolor de cabeza	SÍ	NO	• Debilidad	SÍ	NO	• Dolor muscular o en las articulaciones	SÍ	NO	• Vómito	SÍ	NO	• Diarrea	SÍ	NO	• Dolor abdominal	SÍ	NO	• Sangrado o moretones sin motivo aparente	SÍ	NO
• Fiebre	SÍ	NO																							
• Dolor de cabeza	SÍ	NO																							
• Debilidad	SÍ	NO																							
• Dolor muscular o en las articulaciones	SÍ	NO																							
• Vómito	SÍ	NO																							
• Diarrea	SÍ	NO																							
• Dolor abdominal	SÍ	NO																							
• Sangrado o moretones sin motivo aparente	SÍ	NO																							
	Fecha/Hora/Firma: _____																								