

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	CHECK – LIST TRIAGE COVID – 19 LINGUA SPAGNOLO	AST_DSA_521 I_Ed00
		Approvazione: Direttore Sanitario
		Data di Emissione: 27.08.2021

Operatore /Operator _____ Data/Fecha _____

Cognome e nome del paziente/Apellidos y Nombres del Paciente _____

Cognome e nome del genitore/accompagnatore _____

NEGLI ULTIMI 14 GIORNI HA AVUTO I SEGUENTI SINTOMI? EN LOS ULTIMOS 14 DIAS HA TENIDO LOS SIGUIENTES SINTOMAS?	PAZIENTE PACIENTE		ACCOMPAGNATORE ACOMPAÑANTE	
	Sì	No	Sì	No
Febbre $\geq 37,5$ ° C Fiebre $\geq 37,5$ ° C				
Tosse (secca o con catarro) Tos (seca o con flema)				
Raffreddore Resfriado				
Difficoltà a respirare Dificultad al respirar				
Dolori muscolari e articolari Dolores musculares y de huesos				
Mal di gola Dolor de garganta				
Mal di testa Dolor de cabeza				
Vomito Vomito				
Diarrea Diarrea				
Alterazioni del gusto Alteración del gusto				
Alterazioni dell'olfatto Alteración del olfato				
Congiuntivite Conjuntivitis				

NEGLI ULTIMI 14 GIORNI EN LOS ULTIMOS 14 DIAS	PAZIENTE PACIENTE		ACCOMPAGNATORE ACOMPAÑANTE	
	Sì	No	Sì	No
Ha avuto famigliari o contatti stretti con caso sospetto/confermato di COVID-19? Ha tenido familiares o personas cercanas con sospecha, o confirmado de COVID-19?				
E' stato malato di COVID-19 e dichiarato guarito? Ha estado enfermo de COVID-19 Y declarado curado?				

Firma del paziente/Firma del Paciente _____

Firma del genitore/accompagnatore/Firma de uno de los padres / acompañante _____

Firma e matricola dell'operatore/Firma del operador _____

Ambulatorio/reparto/U.O _____