



C A L I F O R N I A   D E P A R T M E N T   O F  
**Mental Health**

Atascadero State Hospital  
P. O. Box 7001, Atascadero, CA 93423-7001  
(805) 466-2000 • FAX: (805) 466-6011

1 de Mayo, 2009

Querido Visitante:

Para ayudarnos a garantizar la salud de nuestros individuos y empleados, les pedimos que por favor complete el siguiente cuestionario para indicar si actualmente usted tiene cualquiera de las siguientes condiciones.

- |  |                 |
|--|-----------------|
| 1. Fiebre  | Sí ____ No ____ |
| 2. Tos Activa  | Sí ____ No ____ |
| 3. Escalofríos con temblor   | Sí ____ No ____ |
| 4. Dolor de garganta sin inflamación de sus glándulas en el cuello | Sí ____ No ____ |
| 5. Dolor severo e inusual de cabeza y cuello                       | Sí ____ No ____ |
| 6. Diarrea   | Sí ____ No ____ |
| 7. Vómito  | Sí ____ No ____ |

Si usted tiene algunas de las condiciones mencionadas arriba, su visita de hoy puede ser cancelada, le aconsejamos que busque atención médica con su médico lo más pronto posible.

\_\_\_\_\_  
Nombre Imprimido

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Una vez que se recupere usted puede regresar a visitar.

Gracias por su cooperación.

JON DE MORALES  
Director Ejecutivo