



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

29 de Septiembre del 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. | ¿Vomito y diarrea en las ultimas 48 horas? | Sí__ | No__ |
| 7. | ¿En el mes pasado ha estado usted alrededor de una persona que tenga sarampión, paperas o viruela y usted nunca los a tenido o ha sido vacunado contra ellas? | Sí__ | No__ |

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

Nombre en letra de molde

Firma

Fecha

Una vez que se recupere usted puede regresar a visitar.

Gracias por su cooperación.

JON DE MORALES
Director Ejecutivo