



CALIFORNIA DEPARTMENT OF

# Mental Health

## Metropolitan State Hospital

11401 South Bloomfield Ave, Norwalk, CA 90650  
(562) 863-7011

4 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.

SHARON SMITH NEVINS  
Executive Director

### HOSPITAL MISSION

The Mission of Metropolitan State Hospital is to work in partnership with Individuals to assist in their recovery by using rehabilitation services as our tool, thus preparing them for community living.