CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

Napa State Hospital

2100 Napa-Vallejo-Highway, Napa, CA 94558-6293
(707) 253-5000

Qerido Visitante:

Para ayudarnos a garantizar la salud de nuestros individuaos 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 glandulas en el cuello Sí ____ No ____

5. Dolor severo e inusual de cabeza y cuello Sí ____ No ____

6. Diarrhea 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 medica con su medico lo más pronto posible.

_____ _____ _____
Nombre Imprimido Firma Fecha

Una vez que se recupere usted puede regresar a visitar.

Gracias por su cooperación.

EDWARD FOULK
Director Ejecutivo