



COMPASS COUNSELING SERVICES

Helping You Towards A Better Direction

CUESTIONARIO DE EMERGENCIA CORONAVIRUS (COVID-19)

Para todos nuestros clientes, ustedes son importantes para nosotros y queremos cuidar de su bienestar en este tiempo de emergencia. Por favor, conteste las siguientes preguntas, nos ayudara asistirle mejor.

- | MARQUE CON UNA (x) | SI | NO |
|---|-----------|-----------|
| • HA VIAJADO FUERA DE LOS ESTADOS UNIDOS EN LOS PASADOS 14 DIAS. | _____ | _____ |
| • HA TENIDO CONTACTO CON ALGUNA PERSONA QUE HA VIAJADO FUERA DE LOS ESTADOS UNIDOS EN LOS PASADOS 14 DIAS | _____ | _____ |
| • TIENE ALGUN SINTOMA COMO : TOS, FIEBRE, DIFICULTAD AL RESPIRAR | _____ | _____ |

HE LEIDO Y ENTENDIDO LA INFORMACION PROVISTA. MY FIRMA CONFIRMA QUE LA INFORMACION DADA POR MI, ES COMPLATAMENTE CIERTA.

EMERGENCY QUESTIONS COVID 19

For all our clients, you are important to us; we want to prevent any risk during this period of emergency caused by COVID-19. (CORONAVIRUS)

- | CHECK (x) | YES | NO |
|--|------------|-----------|
| • HAVE YOU TRAVELED OUTSIDE THE UNITED STATES IN THE LAST 14 DAYS | _____ | _____ |
| • HAVE YOU BEEN IN CONTACT WITH SOMEONE WHO HAS TRAVELED OUTSIDE THE UNITED STATES DURING THE LAST 14 DAYS | _____ | _____ |
| • HAD YOU HAVE FEVER, COUGH, OR TROUBLE BREATHING) | _____ | _____ |

I HAVE READ AND UNDERSTAND THE INFORMATION PROVIDED ABOVE. MY SIGNATURE BELOW INDICATES THIA THIS INFORMATION IS TRUE AND I WILLFUL CONSENT TO TREATMENT.

Client Name: _____

DOB : _____

Client or Guardian Signature _____ Relationship _____

Witness: _____

ORLANDO OFFICE

1400 North Semoran Blvd, Suite E Orlando, FL 32807
Phone: 407-823- 8421 Fax: 407-823-8195

KISSIMMEE OFFICE

201 Ruby Ave, Suite B Kissimmee, FL 4741
Phone: 407-933-1847 Fax: 407-933-1849