

**SURGEONS**

Dr. Tracey Knott, DO, FAOCO
Dr. Homan Mostafavi, DO, FAOCO
Dr. Shilpa Vishwanath, MD, MS
Dr. Brian Trainor, DO, FAOCO

ADVANCED PRACTICE CLINICIANS:

Li Li, FNP-BC
James Grosek, PA-C
Nicole Reed, MPAS, PA-C, RDN

HEARING DEPARTMENT:

Dr. Briana Thornton, AuD
Dr. Elizabeth Palmer, AuD

COVID-19 (CORONA VIRUS SCREENING)

All patients must complete this form.

First Name _____ Last Name _____

1. Do you have a fever, cough, difficulty breathing, runny nose, sore throat, decreased sense of smell/taste, diarrhea, nausea or vomiting that developed within the past 14 days?

Yes No

2. Have you been tested for the COVID-19 (corona virus) or have pending results or have been exposed to anyone with confirmed COVID-19 or exposed to anyone with COVID-19 pending results?

Yes No

3. Any recent travel (US or internationally) in the past 14 days?

Yes No

4. Are any of your family members experiencing signs of fever, cough, decreased sense of smell/taste, shortness of breath, runny nose, sore throat, diarrhea, nausea or vomiting either now or in the last 2 weeks?

Yes No

5. Have you been required to quarantine due to COVID-19?

Yes No

6. Have any of your family members recently been required to quarantine due to COVID-19?

Yes No

IF YOU HAVE ANSWERED YES TO ANY OF THESE QUESTIONS PLEASE NOTIFY THE FRONT DESK IMMEDIATELY AND PUT ON A FACE MASK.

PATIENT/GUARDIAN SIGNATURE: _____ DATE: _____

GILBERT LOCATION:
3367 E. Mercy Rd., Ste. 205A
Gilbert, AZ 85297
P: (480) 214-9000
F: (480) 214-9999

CHANDLER LOCATION:
2051 W. Chandler Blvd., Ste. 5
Chandler, AZ 85224
P: (480) 214-9000
F: (480) 889-1859

CASA GRANDE LOCATION:
1968 N. Peart Rd, Ste. 20
Casa Grande, AZ 85122
P: (520) 509-1331
F: (520) 509-1417

DEER VALLEY LOCATION:
19841 N. 27th Ave., Ste. 301
Phoenix, AZ 85027
P: (480) 214-9000
F: (623) 388-4278

GLENDALE LOCATION:
17215 N. 72nd Dr., Bldg. D, Ste. 140A
Glendale, AZ 85308
P: (480) 214-9000
F: (623) 322-5599

SCOTTSDALE LOCATION:
7301 E. 2nd St., Ste. 308
Scottsdale, AZ 85251
P: (480) 214-9000
F: (480) 214-9999

COVID-19 (PRUEBA DE VIRUS CORONA)

Todos los pacientes deben completar este formulario.

Nombre _____ Apellido _____

1. ¿Tiene fiebre, tos, dificultad para respirar, secreción nasal, dolor de garganta, disminución del sentido del olfato / gusto, diarrea, náuseas o vómitos que se desarrollaron en los últimos 14 días?

Sí No

2. ¿Se le ha hecho la prueba del COVID-19 (virus corona) o tiene resultados pendientes o ha estado expuesto a alguien con COVID-19 o expuesto a alguien con resultados pendientes de COVID-19?

Sí No

3. ¿Algún viaje reciente (estadounidense o internacional) en los últimos 14 días?

Sí No

4. ¿Alguno de los miembros de su familia experimenta signos de fiebre, tos, disminución del sentido del olfato / gusto, dificultad para respirar, nariz, dolor de garganta, diarrea, náuseas o vómitos ahora o en las últimas 2 semanas?

Sí No

5. ¿Se le ha exigido que se ponga en cuarentena debido al COVID-19?

Sí No

6. ¿Alguno de los miembros de su familia ha tenido que ponerse en cuarentena recientemente debido al COVID-19?

Sí No

**SI HA RESPONDIDO SÍ A ALGUNA DE ESTAS PREGUNTAS,
POR FAVOR NOTIFIQUE AL FRENTE INMEDIATAMENTE Y PONERSE UNA MASCARILLA FACIAL.**

FIRMA DEL PACIENTE / TUTOR: _____ FECHA: _____