



Prueba Para Detectar El Virus Del Zika En El Embarazo

Fecha: ___/___/___

DEMOGRAFICOS

Nombre (Apellido, Nombre): _____

Fecha de Nacimiento: ___/___/___

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip Code: _____

Teléfono: _____

Etnicidad : Hispano

No Hispano

Raza: Blanca Negra Otra Asiático / Islas del Pacifico

Indio Americano / Alaska Desconocido

ESTADO DE EMBARAZO

Fecha de Parto: ___/___/___

Semana de Embarazo: _____

Nombre del Doctor: _____

Dirrección del Doctor: _____

SÍNTOMAS

Ha tenido algunos de los siguientes síntomas? Si No Desconocido

Marque los que aplican: Niguno Fiebre Erupción Dolor en las Articulaciones

Conjunctivitis (Ojos Rojos) Otro _____

HISTORIA DE VIAJE

Ha viajado fuera de los Estados Unidos en los pasados 14 días? Si No Desconocido

Si ha viajado, países: _____

Fechas de Viaje: ___/___/___ al ___/___/___ Fecha de retorno a la Florida: ___/___/___

Ha viajado fuera de los Estados Unidos en los pasados 6 meses? Si No Desconocido

Si ha viajado, países: _____

Fechas de Viaje ___/___/___ al ___/___/___ Fecha de retorno a la Florida ___/___/___

Comentarios adicionales: