



AMALA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES
 (An Undertaking of Amala Cancer Hospital Society)
 NABH Accredited & ISO 9001:2015 Certified
 Amala Nagar, Thrissur- 680555
SCREENING CHECKLIST FOR COVID- 19



Date: **Time:** **Name of the patient:** **Hospital No:**

1. നിങ്ങൾക്ക് പനിയോ ചുമയോ ശ്വാസകോശ സംബന്ധമായ ബുദ്ധിമുട്ടുകളോ ഉണ്ടോ?
 ഉണ്ട് ഇല്ല

Do you have any history of fever, cough or any other type of respiratory symptoms?
 Yes No

2. നിങ്ങൾ ഈ അടുത്തിടെയായി കൊറോണ ബാധിതമായ പ്രദേശങ്ങൾ സന്ദർശിച്ചിട്ടുണ്ടോ?
 ഉണ്ട് ഇല്ല ഉണ്ടെങ്കിൽ ഏതു പ്രദേശമാണ് സന്ദർശിച്ചത്:-----

Do you have any history of travelling to Corona affected areas?
 Yes No If yes, specify the area:

3. നിങ്ങൾ കൊറോണ ബാധിതമായ പ്രദേശങ്ങൾ സന്ദർശിച്ചവരുമായി
 ഇടപഴകിയിട്ടുണ്ടോ?
 ഉണ്ട് ഇല്ല

Have you come into any contact with people who have visited Corona affected areas?
 Yes No

Filled By: **Name:** **Signature:**.....
 പുരിപ്പിച്ചത്: പേര്: ഒപ്പ്:

Note: തെറ്റായ വിവരങ്ങളാണ് നിങ്ങൾ നൽകിയിരിക്കുന്നതെങ്കിൽ, നിയമ നടപടികൾക്ക് വിധേയരാകേണ്ടിവരും.

If the information provided by you is incorrect, you are legally responsible for it.