

Formulario de Evaluación COVID-19

Nombre del Paciente: _____

¿Ha experimentado el paciente síntomas similares a los de la gripe en las últimas 72 horas?
 Sí No

Si marcó sí, cuál(es)?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fiebre | <input type="checkbox"/> Garganta Irritada |
| <input type="checkbox"/> Escalofríos | <input type="checkbox"/> Dificultad al Respirar |
| <input type="checkbox"/> Dolores Musculares | <input type="checkbox"/> Nausea/Vomito |
| <input type="checkbox"/> Nariz que moquea | <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza |
| <input type="checkbox"/> Dolor abdominal o diarrea | <input type="checkbox"/> Toz |
| <input type="checkbox"/> Perdida de sentido de gusto u olfato | |

2) ¿Ha estado en contacto cercano con alguien que ha estado enfermo con toz y/o fiebre dentro de los últimos 14 días?

Sí No

3) ¿Tiene cualquiera de las siguientes condiciones?

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Condición cardiaca | <input type="checkbox"/> Hipertensión |
| <input type="checkbox"/> Condición pulmonar | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Inmunocomprometido (VIH, Cáncer, otro) | <input type="checkbox"/> Embarazo |

4) Temperatura presente del paciente: _____

Estoy de acuerdo que voy a informar a esta oficina si tengo síntomas o si me diagnostican COVID-19 dentro de 2 días después de la cita de dentista.

He entrevistado al paciente y confirmo que está aprobado para recibir tratamiento dental.

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta y doy consentimiento a recibir tratamiento.

Nombre de empleado

Nombre del Paciente

Firma de empleado

Firma del Paciente

Fecha

Fecha