

## 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)?

\_\_\_ Fiebre

\_\_\_ Escalofríos

\_\_\_ Dolores Musculares

\_\_\_ Nariz que moquea

\_\_\_ Dolor abdominal o diarrea

\_\_\_ Perdida de sentido de gusto u olfato

\_\_\_ Garganta Irritada

\_\_\_ Dificultad al Respirar

\_\_\_ Nausea/Vomito

\_\_\_ Dolor de Cabeza

\_\_\_ Toz

2) ¿El paciente está esperando sus resultados de la prueba de Covid 19?  Sí  No

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

Sí  No

4) ¿Tiene cualquiera de las siguientes condiciones?

\_\_\_ Condición cardíaca

\_\_\_ Condición pulmonar

\_\_\_ Inmunocomprometido (VIH, Cáncer, otro)

\_\_\_ Hipertensión

\_\_\_ Diabetes

\_\_\_ Embarazo

5) 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