

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 cardiaca

___ Condición pulmonar

___ Inmunocomprometido (VIH, Cáncer, otro)

___ Hipertensión

___ Diabetes

___ Embarazo

5) El/La paciente tiene alguna alergia al latex? Sí No

6) 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