

Nombre Completo del Paciente: _____

Cuestionario COVID-19

Instrucciones: Revises las siguientes preguntas. Si usted responde sí a cualquiera de estas preguntas, reprogramaremos su cita para una fecha futura.

¿Ha tenido usted contacto con cualquier persona que fue confirmada positiva para COVID-19 en los últimos 14 días? (Nota: Un individuo completamente vacunado que ha estado en contacto próximo con alguien confirmado con COVID-19 pueden entrar al consultorio para recibir tratamiento dental)	S N
--	-------

¿Está esperando los resultados de la prueba de COVID-19?	S N
--	-------

¿En los últimos 14 días ha tenido síntomas incluyendo?	
Fiebre sobre 100.0°F (37.7°C) o escalofríos	S N
Dificultad para respirar	S N
Tos	S N
Congestión o secreción nasal	S N
Dolor de Cabeza	S N
Fatiga	S N
Nausea o vómito	S N
Diarrea	S N
Nueva pérdida de gusto u olfato	S N
Dolor de garganta	S N
Dolores de músculo o cuerpo cortado	S N

¿Tiene alergia al látex el paciente?	S N
--------------------------------------	-------

NOTA PARA PROVEEDOR: Mida la temperatura e todos entrando al consultorio. No es necesario hacer registro de temperaturas.