

Nombre de paciente: _____ Fecha: _____

Esta forma tiene información para usted que necesita ser considerada antes de tomar la decisión de tener tratamiento debido a las circunstancias de la virus COVID-19.

Es importante revelar una indicación si ha sido expuesto al virus COVID-19, ya sea ha tenido síntomas asociados con el virus COVID-19.

Hasta ahora, conocemos un sistema inmune débil o comprometido (pero no limitado a, condiciones como diabetes, asma, EPOC, tratamiento contra el cáncer, radiación, quimioterapia, y cualquier enfermedad o afección médica previa o actual) puede ponerlo en mayor riesgo de contraer COVID-19. Informenos sobre cualquier afección que comprometa su sistema inmunitario y comprenda que podemos pedirle que considere la posibilidad de reprogramar el tratamiento después de discutir cualquier condición con nosotros.

1. Tiene fiebre o temperatura superior a la normal? Si o NO
2. Tiene tos seca? Si o NO
3. Tiene secreción nasal? Si o NO
4. Tiene dolor de garganta? Si o NO
5. Ha perdido o ha disminuido recientemente su sentido del gusto y el olfato? Si o NO
6. Ha estado en contacto con algunos que dieron positivo para COVID 19? Si o NO
7. Le han hecho la prueba COVID 19 y esta esperando resultados? Si o NO
8. HA seguido las pautas de distanciamiento social durante el periodo de estadía en hogar? Si o NO
Ha viajado afuera de Estados Unidos por avión o crucero en los últimos 14 días? Si o NO
9. HA viajado adentro de los Estados Unidos por avión, tren, o autobús en los últimos 14 días? Si o NO

Certifico que todas las respuestas anteriores son verdaderas a lo mejor de mi conocimiento.

Firma de pader/guardian: _____

-----FOR OFFICE USE -----

RECORD TEMP: _____

DENTAL ASSISTANT: _____