

Formulario de evaluación del paciente

Nombre del paciente:

	Antes de tu cita	En la oficina
	Fecha:	Fecha:
¿Tiene/tienen fiebre o has/han tenido calor o fiebre recientemente (14-21 días)?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Tiene usted/él/ella dificultad para respirar u otras dificultades para respirar?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Usted/él/ella tienen tos?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Algún otro síntoma similar a la gripe, como malestar gastrointestinal, dolor de cabeza o fatiga?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Has/Han experimentado recientemente pérdida de sabor u olfato?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Estás/Están en contacto con pacientes confirmados con COVID-19 positivo? <i>Los pacientes que están bien pero que tienen un familiar enfermo en casa con COVID-19 deben considerar posponer el tratamiento electivo.</i>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Tiene/Tienen más de 60 años de edad?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Tiene usted/él/ella enfermedades cardíacas, pulmonares, renales, diabetes o algún trastorno autoinmune?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Has/Han viajado en los últimos 14 días a alguna región afectada por COVID-19? (según sea relevante para tu ubicación)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Las respuestas positivas a cualquiera de estas preguntas probablemente indicaran una discusión más profunda con el dentista antes de proceder con el tratamiento dental electivo.

- Para pruebas de COVID-19, consulta la pagina web del [Departamento de Salud Territorial y del Estado](#) para información específica sobre tu área.

Formulario de consentimiento de tratamiento COVID-19

Yo, _____ (Paciente o Padre/Guardian), doy consentimiento para la realización de tratamiento dental durante la pandemia de COVID-19.

Entiendo que el virus COVID-19 tiene un largo período de incubación durante el cual los portadores del virus pueden no mostrar síntomas y aún ser altamente contagiosos. Es imposible determinar quién lo tiene y quién no tras los límites actuales en las pruebas de virus.

Los procedimientos dentales crean agua pulverizada, que es cómo se propaga la enfermedad. La naturaleza ultrafina del aerosol puede permanecer en el aire durante minutos o incluso horas, lo que puede transmitir el virus COVID-19.

- Entiendo que debido a la frecuencia de visitas de otros pacientes dentales, las características del virus y las características de los procedimientos dentales, tengo un riesgo elevado de contraer el virus simplemente por estar en un consultorio dental. _____ (Inicial)

Confirmando que no estoy presentando ninguno de los siguientes síntomas de COVID-19: _____ (Inicial):

- Fiebre y escalofríos
- Dificultad para respirar
- Tos seca
- Nariz que moquea
- Dolor muscular
- Dolor de garganta
- Nueva pérdida de sabor u olor

Entiendo que los viajes aéreos aumentan significativamente mi riesgo de contraer y transmitir el virus COVID-19. Y la CDC recomienda el distanciamiento social de al menos 6 pies por un período de 14 días a cualquiera que lo haya hecho, y esto no es posible con la odontología. _____ (Inicial)

- Verifico que no he viajado fuera de los Estados Unidos en los últimos 14 días a países que han sido afectados por COVID-19. _____ (Inicial)
- Verifico que no he viajado internamente dentro de los Estados Unidos en una aerolínea comercial, autobús o tren en los últimos 14 días. _____ (Inicial)

Entiendo que me comunicaré con el consultorio (y con mi médico de atención primaria) si tengo algún síntoma de COVID-19 dentro de los próximos 14 días.

Entiendo que el médico y el personal del consultorio han respondido todas mis preguntas sobre COVID-19, así como los estándares de control de infecciones que el consultorio ha implementado.

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del paciente /guardian: _____