

AVISO Y RECONOCIMIENTO AL PACIENTE RECIBIENDO TRATAMIENTO DENTAL DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

Hoy ha venido a nuestra práctica para una evaluación dental o para recibir tratamiento, el cual se realizará durante la pandemia de la COVID-19. Tenga en cuenta lo siguiente: mientras nuestra oficina implementa las recomendaciones apropiadas de prevención y control de infecciones del Departamento de Salud del Estado y de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades para prevenir la propagación del coronavirus, y en vista de que ofrecemos un servicio público, otras personas (incluidos otros pacientes) podrían estar infectados, con o sin su conocimiento, y existe un riesgo de exposición al coronavirus.

Un sistema inmunológico debilitado o comprometido (que incluye, entre otros, condiciones como diabetes, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), tratamiento contra el cáncer, radiación, quimioterapia y cualquier enfermedad o condición médica, previa o actual), puede ponerlo en mayor riesgo de contraer la COVID-19. Necesitamos que declare cualquier afección que comprometa su sistema inmunológico y comprenda que podríamos pedirle que considere la posibilidad de reprogramar su tratamiento después de discutir con nosotros estas afecciones.

Para minimizar el riesgo de propagación de la COVID-19, le pedimos que responda a todas las siguientes preguntas de "detección". Por su propia seguridad, la de nuestro personal, y la de otros pacientes, responda con honestidad y sea sincero en sus respuestas.

Comprendo y reconozco completamente la información, los riesgos y las precauciones anteriores, y le he revelado a mi proveedor cualquier condición en mi historial de salud que pueda dar como resultado un sistema inmunológico comprometido.

Escriba el nombre del paciente

Nombre de la parte responsable (si corresponde)

Fecha

Por favor agregue sus iniciales al lado de la opción "sí" o "no" para indicar su respuesta a cada una de las siguientes preguntas.

1. ¿En los últimos catorce (14) días, usted o alguna persona de su hogar ha viajado a un país donde se produce la propagación comunitaria de COVID-19, o a cualquier otra región geográfica de los Estados Unidos con transmisión comunitaria sostenida de COVID-19?

No _____ Si* _____

* En caso afirmativo, indique fecha (s) y ubicación(es): _____

2. ¿En los últimos catorce (14) días, usted o alguna persona de su hogar ha tenido contacto directo con una persona confirmada o sospechosa de ser positiva con COVID-19?

No _____ Si* _____

3. ¿En los últimos catorce (14) días, usted o alguna persona de su hogar ha estado en contacto cercano con alguien que haya experimentado alguno de los siguientes síntomas de resfriado o gripe: fiebre o escalofríos, tos, falta de aliento o Dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares o corporales, dolor de cabeza, nueva pérdida de sabor u olor, dolor de garganta, congestión o secreción nasal, náuseas o vómitos, diarrea?

No _____ Si* _____

4. ¿En los últimos catorce (14) días, usted o alguna persona en su hogar ha experimentado alguno de los siguientes síntomas de resfriado o gripe: fiebre o escalofríos, tos, falta de aliento o dificultad para respirar, fatiga, músculo o cuerpo Dolores, dolor de cabeza, nueva pérdida de sabor u olor, dolor de garganta, congestión o secreción nasal, náuseas o vómitos, diarrea?

No _____ Si _____

5. ¿Usted o alguna persona en su hogar ha sido examinado para COVID-19?

No _____ Si** _____

**En caso afirmativo, indique:

- Fecha(s) y resultado (s) de cualquier prueba _____
- Fecha de inicio de los síntomas _____
- Fecha en que los síntomas comenzaron a mejorar _____
- Última fecha que tuvo fiebre por encima de 100.4 _____
- Fecha en que la temperatura cayó por debajo de 100.4 _____
- Última fecha de tomar medicamentos para controlar la fiebre. _____

6. ¿Se le ha pedido previamente a usted oa alguna persona en su hogar que se aíslen o se pongan en cuarentena?

No _____ Si*** _____

***En caso afirmativo, indique fecha(s)

Temperatura del
paciente

_____ °F o °C

Firma del paciente o responsable

Fecha