

AVISO Y RECONOCIMIENTO AL PACIENTE

RECIBIENDO TRATAMIENTO DENTAL DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

Como paciente valorado, hoy ha venido a nuestra práctica para una evaluación dental y / o tratamiento que se completará durante la pandemia de COVID-19. Tenga en cuenta lo siguiente.

Si nuestra oficina continúa implementando las recomendaciones apropiadas del Departamento de Salud del Estado y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), en lo que respecta a la prevención, control de infecciones y para prevenir la propagación del Coronavirus; y, debido a que somos un lugar de alojamiento público, otras personas en la oficina (incluidos otros pacientes) podrían infectarse, con o sin su conocimiento. Como tal, puede haber un riesgo de exposición al coronavirus.

Para reducir el riesgo de propagar COVID-19, le pedimos que responda la cantidad de preguntas de "detección" a continuación. Por la seguridad de nuestro personal, otros pacientes y usted mismo, sea honesto y sincero en sus respuestas.

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** _____

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) 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. _____

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

Temperatura del
paciente

_____ °F o °C

Firma del paciente o responsable

Fecha