



Formulario De Evaluación Del Paciente Covid-19

Nombres del paciente / padre / tutor: _____

Preguntas de cribado	Fecha: / /	Inicial del personal: _____	Notas
¿Tiene fiebre o temperatura superior a lo normal (> 100.4 ° F)? Tómese la temperatura en la cita	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si	
¿Tiene dificultad para respirar o tiene problemas para respirar?	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si	
¿Tienes tos seca?	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si	
¿Tienes goteo nasal?	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si	
¿Ha perdido o ha disminuido recientemente su sentido del olfato o del gusto?	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si	
¿Tienes dolor de garganta?	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si	
¿Tienes escalofríos o temblores repetidos?	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si	
¿Tienes dolor muscular inexplicable?	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si	
¿Te duele la cabeza?	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si	
Incluso si actualmente no tiene ninguno de los síntomas anteriores, ¿ha experimentado alguno de estos síntomas en los últimos 14 días?	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si	

Preguntas de cribado	Fecha: / /	Inicial del personal: _____	Notas
¿Has estado en contacto con alguien que haya dado positivo por COVID-19 en los últimos 14 días?	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si	
¿Le han hecho la prueba COVID-19 en los últimos 14 días? Si "no", continúe con la siguiente pregunta.	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si	
<i>En caso afirmativo, ¿cuál es el resultado de la prueba?</i> <i>Si es negativo, continúe con la siguiente pregunta.</i> <i>Si aún está esperando los resultados, programe una cita después de conocer los resultados.</i>	☐ No ☐ Inseguro ☐ Positiva	☐ No ☐ Inseguro ☐ Positiva	
¿Ha viajado más de 100 millas desde su casa en los últimos 14 días?	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si	

Se requiere firma del paciente en la cita:

Estoy de acuerdo en notificar a la clínica dental si dentro de 14 días me enfermo con los síntomas de COVID-19 o tengo un resultado positivo para COVID-19. Entiendo que la práctica dental tiene la obligación legal y ética de informarme si un miembro del personal con el que tuve contacto dio positivo en COVID-19 dentro de 14 días.

Firma _____