

Dr. Rita V. Patel, DDS

4950 San Bernardino Street, Unit 102, Montclair, CA 91763
Tel: (909) 624-7222 | Fax: (909) 624-1893 | Email: shinedentistry@verizon.net | www.shinedentistry.com

Covid-19 Evaluación de pacientes y formulario de consentimiento

Nombre del paciente: _____	
Fecha de nacimiento: _____	
¿Tiene usted o un miembro de su familia alguno de los siguientes síntomas?	En la oficina
¿Tiene fiebre o temperatura superior a lo normal (> 100.4 F)? Tomar temperatura en la cita.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Escalofríos?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Tos?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Dolor de garganta?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Falta de aire y / o dificultad para respirar?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Dolor, presión o opresión persistentes en el pecho?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Ha estado en contacto con alguien que haya dado positivo por COVID-19 en los últimos 14 días?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Usted u otra persona que lo acompañe a la cita de hoy viajó fuera de nuestra área local o fuera de los EE. UU. ¿En los últimos 14 días?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Le han hecho la prueba de COVID-19 en los últimos 14 días? Si "no", continúe con la siguiente pregunta. <p style="text-align: center;">En caso afirmativo, ¿cuál es el resultado de la prueba?</p> Si aún está esperando los resultados, programe una cita después de conocer los resultados.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Negative
<p>Gracias por su continua confianza en nuestra práctica. Al igual que con la transmisión de cualquier enfermedad contagiosa como un resfriado o gripe, puede estar expuesto al COVID-19, también conocido como "coronavirus", en cualquier momento o en cualquier lugar. El virus COVID-19 es una enfermedad contagiosa clasificada por la Organización Mundial de la Salud como una pandemia. Es posible contratar COVID-19 de una variedad de fuentes.</p> <p>Hemos tomado medidas para reducir la posibilidad de transmitir enfermedades en nuestra oficina, incluido COVID-19. Nuestros sistemas de purificación de aire, evacuación de alto volumen, procedimientos de esterilización y uso de equipo de protección personal reducen el riesgo de contraer enfermedades en nuestro entorno. No elimina el riesgo.</p> <p>Entiendo y acepto los riesgos asociados con la contratación de COVID-19 del cuidado dental en esta oficina. También reconozco que podría contraer el virus COVID-19 antes o después de mi visita de otras fuentes. Acepto continuar con mi cuidado dental.</p>	
_____ Firma de la paciente o tutor(feminine)	_____ Fecha