

# 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: _____  |   |
| <b>¿Tiene usted o un miembro de su familia alguno de los siguientes síntomas?</b>   | <b>En la oficina</b>  |
| ¿Tiene fiebre o temperatura superior a lo normal (> 100.4 F)?<br>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.<br><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<br><input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Negative<br><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