

Aviso y Consentimiento del Paciente

Recibir Tratamiento Médico Durante la Pandemia del COVID-19

Estimado/a paciente:

Usted vino hoy al consultorio debido a que tiene una urgencia médica que debe tratarse en este momento y que no puede posponerse hasta que el actual riesgo de COVID-19 haya disminuido. Tenga en cuenta lo siguiente:

Si bien nuestra oficina cumple con las guías del Departamento de Salud Estatal y las guías de control de infecciones de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades para prevenir la propagación del virus COVID-19, no podemos ofrecer ninguna garantía.

Nuestro personal no tiene síntomas y, a su mejor saber y entender, no ha estado expuesto al virus.

Sin embargo, dado que somos un establecimiento de acceso público, otras personas (incluidos otros pacientes) podrían estar infectadas, con o sin conocimiento de ello.

A fin de reducir el riesgo de propagar la COVID-19, a continuación, le haremos algunas preguntas de control. Para garantizar la seguridad de nuestro personal, de los demás pacientes y la suya propia, brinde respuestas sinceras.

PACIENTE/PERSONA RESPONSABLE

FECHA

COLOQUE SUS INICIALES PARA RESPONDER "SÍ" O "NO" A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

- ¿HA DADO POSITIVO EN LA PRUEBA DE COVID-19 EN ALGÚN MOMENTO? _____ SÍ _____ NO
- ¿ESTÁ ESPERANDO ACTUALMENTE LOS RESULTADOS DE UNA PRUEBA COVID-19? _____ SÍ _____ NO
- ¿HA ESTADO EXPUESTO A ALGUNA PERSONA DIAGNOSTICADA CON COVID-19 EN LOS ÚLTIMOS 21 DÍAS? _____ SÍ _____ NO
- ¿TIENE FIEBRE? _____ SÍ _____ NO
- ¿TIENE DIFICULTAD PARA RESPIRAR? _____ SÍ _____ NO
- ¿TIENE TOS SECA? _____ SÍ _____ NO
- ¿TIENE GOTEOS NASALES? _____ SÍ _____ NO
- ¿TIENE DOLOR DE GARGANTA? _____ SÍ _____ NO
- ¿TIENE ESTORNUDOS, OJOS LLOROSOS O DOLOR/PRESIÓN EN LOS SENOS PARANASALES QUE NO SEAN COMUNES Y QUE NO ESTÉN RELACIONADOS CON ALERGIAS ESTACIONALES? _____ SÍ _____ NO
- ¿HA EXPERIMENTADO DOLOR DE CABEZA, CANSANCIO O DEBILIDAD? _____ SÍ _____ NO
- ¿HA PERDIDO EL GUSTO O EL OLFATO? _____ SÍ _____ NO
- ¿HA VISITADO O RECIBIDO TRATAMIENTO EN ALGUN HOSPITAL, FACILIDAD DE CUIDADO PROLONGADO, HOGAR DE ANCIANOS O CUALQUIER OTRA FACILIDAD DE CUIDADO DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS? _____ SÍ _____ NO
- ¿ALGUIEN EN SU HOGAR ES UN PROVEEDOR O TRABAJA CON SERVICIOS DE SALUD O TRABAJA CON SERVICIOS DE RESPUESTA DE EMERGENCIA? _____ SÍ _____ NO
- EN LOS ÚLTIMOS 21 DÍAS, ¿HA VIAJADO DENTRO DE ESTADOS UNIDOS O A ALGÚN OTRO PAÍS? _____ SÍ _____ NO

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿A DÓNDE? _____