

Aviso y Consentimiento del Paciente

Recibir Tratamiento Dental Durante la Pandemia del COVID-19

Estimado/a paciente:

Usted vino hoy al consultorio debido a que tiene una urgencia dental 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.

Con el fin de reducir el riesgo de propagación de COVID-19, le hacemos una serie de preguntas de cernimiento a continuación. Para la seguridad de nuestro personal, otros pacientes, y usted mismo, por favor sea sincero y honesto en sus respuestas.

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 ULTIMOS 21 DIAS?	_____ SÍ	_____ NO
¿TIENE FIEBRE?	_____ SÍ	_____ NO
¿TIENE DIFICULTAD PARA RESPIRAR?	_____ SÍ	_____ NO
¿TIENE TOS SECA?	_____ SÍ	_____ NO
¿TIENE GOTEIO NASAL?	_____ 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 DOLORES 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 ULTIMOS 30 DIAS?	_____ 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?
