

Asesoramiento y reconocimiento del paciente

Recibir tratamiento dental durante la pandemia COVID-19

Paciente: _____ Fecha: _____

Estimado paciente:

Usted se ha presentado a la oficina hoy porque tiene una condición dental urgente que debe ser tratada en este momento y no puede ser pospuesta hasta que el período de riesgo COVID-19 actual disminuya. Tenga en cuenta lo siguiente:

Si bien nuestra oficina cumple con el Departamento de Salud del Estado y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades para prevenir la propagación del virus COVID-19, no podemos hacer ninguna garantía.

Nuestro personal está libre de síntomas y, según su mejor conocimiento, no han estado expuestos al virus. Sin embargo, dado que somos un lugar de alojamiento público, otras personas (incluidos otros pacientes) podrían estar infectadas, con o sin su conocimiento.

Con el fin de reducir el riesgo de propagación de COVID-19, le hemos hecho una serie de preguntas de "cribado" a continuación. Por la seguridad de nuestro personal, de otros pacientes y de usted mismo, por favor sea sincero y sincero en sus respuestas.

Paciente/Parte Responsable

Fecha

POR FAVOR RESPUESTA "SI" O "NO" CON SUS INICIALES, A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

¿TIENES UNA FIEBRE?	YES	NO
¿TIENES ALGUNA DIFICULTAD PARA RESPIRAR?	YES	NO
¿TIENES UNA TOS SECA?	YES	NO
¿TIENES UNA NARIZ QUE MOQUEA?	YES	NO
¿TIENES DOLOR DE GARGANTA?	YES	NO
DENTRO DE LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS, ¿HA VIAJADO A CUALQUIER PAÍS EXTRANJEROS?	YES	NO
DENTRO DE LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS, ¿HA VIAJADO DENTRO DE LOS ESTADOS UNIDOS?	YES	NO

SI ES ASÍ, DONDE? _____