Forma de Detección

Nombre del Paciente:

	CITA PREVIA	EN LA CITA
	Fecha:	Fecha:
¿Tiene fiebre o se ha sentido con algo de temperatura (en los últimos 14 – 21) días?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
¿Ha tenido falta de aire o dificultad para respirar?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
¿Tiene tos?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
¿Ha tenido otros síntomas como de gripe? ¿Molestias gastrointestinales, dolor de cabeza o fatiga?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
¿Recientemente ha tenido pérdida del olfato o del gusto?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
¿Tiene contacto con algún paciente diagnosticado con COVID-19? *Pacientes que están bien de salud pero viven con alguien que tiene COVID – 19 deben considerar posponer su cita.*	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
¿Es mayor de 60 años?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
¿Padece de alguna enfermedad cardíaca, enfermedad pulmonar, enfermedad renal, diabetes o trastorno autoinmune?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
¿En los últimos 14 días ha viajado a regiones afectadas con COVID-19? (Relevante a su ubicación)	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

Contestar "Sí" a cualquiera de estas preguntas, indicará una discusión más profunda con su dentista antes de poder proceder con un tratamiento electivo.

- Para análisis, consulte la lista de State and Territorial Health Department Websites para información en su área específica.