



Bringing a gentle touch to your smile

FECHA: _____

ACTUALIZACIÓN DE HISTORIA DEL PACIENTE/COVID-19 SCREENING

NOMBRE DE PACIENTE : _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

TEMPERATURA : _____

¿CAMBIOS DE DIRECCION/ # DE TELEFONO DE CASA/ TRABAJO? () SI () NO

DIRECCION/ # DE TELEFONO NUEVO: _____

CORREO ELECTRONICO: _____

¿ALGUN CAMBIO MEDICO? Si es así, por favor anótelos a continuación () SI () NO

¿TOMANDO ALGUN MEDICAMENTO? Si es así, por favor anótelos a continuación () SI () NO

¿ALERGIAS A ALGUN MEDICAMENTO? Si es así, por favor anótelos a continuación () SI () NO

Table with 4 columns: Symptom, SI, NO, Symptom, SI, NO. Rows include FIEBRE/RESFRIADO, TOS, FATIGA, DOLOR DE GARGANTA, DOLOR DE CABEZA, NAUSEA/VOMITOS, DOLORES MUSCULARES/CORPORALES, DIARREA, DOLORES EN LAS ARTICULACIONES, CONGESTION NASAL, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, PERDIDA DE GUSTO U OLFATO.

¿HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUIEN CON COVID-19? () SI () NO

*POR FAVOR, NOTIFIQUE NUESTRA OFICINA DE CUALQUIER SÍNTOMA DE COVID-19 EN EL PLAZO DE 14 DÍAS DESDE SU CITA *

FIRMA DE PADRE/PACIENTE _____

FIRMA DE DR. _____



Nombre de Paciente: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tratamiento dental en la era de COVID-19

Gracias por su continua confianza en nuestra oficina dental. 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. Tenga la seguridad de que siempre hemos seguido las regulaciones estatales y federales y hemos recomendado protocolos universales de protección personal y desinfección para limitar la transmisión de todas las enfermedades en nuestra oficina y continuaremos haciéndolo.

A pesar de nuestra cuidadosa atención a la esterilización, la desinfección y el uso de barreras personales, aún existe la posibilidad de que pueda estar expuesto a una enfermedad en nuestra oficina, tal como lo estaría en su gimnasio, supermercado o restaurante favorito. La "distancia social" en todo el país ha reducido la transmisión del coronavirus. Aunque hemos tomado medidas para proporcionar distanciamiento social en nuestra práctica, debido a la naturaleza de los procedimientos que brindamos, no es posible mantener el distanciamiento social entre el paciente, el dentista y el personal dental.

Aunque la exposición es poco probable, ¿acepta el riesgo y acepta el tratamiento?

Si _____
Initial

No _____
Initial

Firma del paciente / Persona Responsable

Fecha

Firma del Personal

Fecha

Firma de Dra. Flores

Fecha