

Formulario de Consentimiento y Detección de Covid-19 para Pacientes de
Roselle Park Dental & Implants

Nombre del Personal & Fecha:

Temp. Del Pct.:

Tutor legal/Temp:

¿Tiene fiebre o ha sentido síntomas similares a los de la gripe en los pasados (10-14 días)? **SÍ / NO**

¿Tiene dificultad para respirar u otras dificultades respiratorias similares? **SÍ / NO**

¿Tiene tos o dolor de garganta? **SÍ / NO**

¿Ha tenido o perdido el sentido del gusto o del olfato? **SÍ / NO**

¿Ha estado en contacto con alguna(s) persona(s) confirmada(s) con COVID-19? **SÍ / NO**

*** A pesar de que se ha sentido bien, si tiene usted un familiar en casa que tiene síntomas de Covid-19 su cita se tendrá que posponer.*

¿Ha viajado en los últimos 14- 28 días a otra región afectada por Covid-19? **SI / NO**

¿Se ha realizado análisis para Covid-19? **SI / NO**

***Si su respuesta fue Si, proporcione la fecha en que ocurrió y por que se hizo la prueba.*

Fecha del examen Covid-19: _____/_____/_____

Razón: De Trabajo/o Medica? Para otras razones explique: _____

¿Ha sido vacunado/a contra COVID-19? **SÍ / NO**

Yo, _____, consciente y voluntariamente, atestiguo que todas las declaraciones que he proporcionado al consultorio hoy, son verdaderas y doy mi consentimiento para que se complete el tratamiento dental durante la pandemia de Covid-19. Entiendo que el virus COVID-19 tiene un largo período de incubación durante el cual los portadores del virus pueden no mostrar síntomas y aun así ser altamente contagiosos. Es imposible determinar quién lo tiene y quién no da los límites actuales en las pruebas de virus. Entiendo que los procedimientos dentales crean agua pulverizada. No está claro cuánto tiempo la naturaleza ultrafina del aerosol puede permanecer en el aire, lo que puede transmitir el virus COVID-19. * Conozco las pautas de los CDC y la ADA sobre el tratamiento dental y no he presentado ni experimentado ninguno de los síntomas de COVID-19 enumerados anteriormente. Entiendo que aumenta significativamente mi riesgo de contraer y transmitir el virus COVID -19 y que los CDC recomiendan un distanciamiento social de al menos 6 pies y esto no es posible con la odontología. Estoy de acuerdo y confirmo que estoy buscando tratamiento dental para una condición que cumple con estos criterios de atención de emergencia, electiva o preventiva en mi tratamiento dental de hoy.

Firma: _____ **Fecha:** _____/_____/_____