



American Family Dental Care
Implant Center
Family and Cosmetic Dentistry

Asesoramiento al paciente y reconocimiento

Recibir tratamiento dental durante la pandemia de COVID-19

Nombre: _____ Fecha: _____ Temperatura _____

Tenga en cuenta que, si bien nuestra oficina cumple con las pautas del 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 ofrecer ninguna garantía. Nuestro personal no presenta síntomas y, según su leal saber y entender, no ha estado expuesto al virus. Sin embargo, dado que somos un lugar de alojamiento público, otras personas (incluidos nuestros pacientes) podrían infectarse, con o sin su conocimiento. Para reducir el riesgo de propagar el COVID-19, le hacemos las siguientes preguntas de evaluación y le pedimos que sea sincero y sincero en sus respuestas. In the past month have you experienced:

1. Fiebre o síntomas parecidos a los de la gripe?
2. Falta de aliento?
3. Tos seca o dolor de garganta?
4. Nariz que moquea?
5. Notó un cambio/pérdida del gusto o del olfato?
6. Conjuntivitis o conjuntivitis?
7. Ha sido COVID-19 positivo o ha estado con alguien que lo haya sido?
8. Ha viajado a algún país extranjero?
si es así, donde _____
9. Ha viajado dentro de los Estados Unidos?
si es así, donde _____
10. Ha visitado un hospital?
11. Ha visitado un centro de vida asistida o para personas mayores?

PACIENTE/PARTE RESPONSABLE: _____ FECHA: _____