

American Dental Care  
105 N. Virginia Ave Suite 103  
Falls Church, VA 22046  
P: 703-533-7285 F: 703-533-7287

**Asesoramiento y reconocimiento del paciente  
Recibiendo tratamiento dental durante la pandemia de COVID-19**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Tenga en cuenta que nuestra oficina cumple con el Departamento de Salud del Estado y los Centros para Control y prevención de enfermedades con pautas para prevenir la propagación del virus COVID-19, no puede ofrecer ninguna garantía. Nuestro personal no tiene síntomas y, según su leal saber y entender, no ha estado expuesto al virus. Sin embargo, dado que somos un centro dental público, otras personas (incluidos nuestros pacientes) podrían estar infectados, con o sin su conocimiento. Para reducir el riesgo de propagar COVID-19, le hacemos las preguntas de detección a continuación y le pedimos que sea sincero y sincero en tus respuestas.

En el último mes ha experimentado:

- |  |    |    |
|--|----|----|
| 1. ¿fiebre o síntomas similares a los de la gripe?                     | SÍ | NO |
| 2. ¿Dificultad para respirar?  | SÍ | NO |
| 3. ¿Tos seca o dolor de garganta?                                      | SÍ | NO |
| 4.- ¿secreción nasal?  | SÍ | NO |
| 5. ¿Ha notado un cambio o pérdida del gusto o del olfato?              | SÍ | NO |
| 6. ¿ojo rosado o conjuntivitis?  | SÍ | NO |
| 7. ¿Ha dado positivo a COVID-19 o ha estado cerca de alguien positivo? | SÍ | NO |
| 8. ¿Ha viajado a algún país extranjero?                                | SÍ | NO |
| si es así, donde _____   |    |    |
| 9. ¿Ha viajado dentro de los Estados Unidos?                           | SÍ | NO |
| si es así, donde _____   |    |    |
| 10. ¿Ha visitado un hospital?  | SÍ | NO |
| 11. ¿Ha visitado un centro de vida asistida o para personas mayores?   | SÍ | NO |
| 12. ¿Ha estado en una reunión de más de 10 personas?                   | SÍ | NO |

PACIENTE / PARTE RESPONSABLE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Temperatura \_\_\_\_\_