

Patient Screening Form

Patient Name:

		IN-OFFICE
		Date:
Do you/they have fever or have you/they felt hot or feverish recently (14-21 days)?		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Are you/they having shortness of breath or other difficulties breathing?		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Do you/they have a cough?		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Any other flu-like symptoms, such as gastrointestinal upset, headache or fatigue?		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Have you/they experienced recent loss of taste or smell?		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Are you/they in contact with any confirmed COVID-19 positive patients? <i>Patients who are well but who have a sick family member at home with COVID-19 should consider postponing elective treatment.</i>		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Is your/their age over 60?		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Do you/they have heart disease, lung disease, kidney disease, diabetes or any auto-immune disorders?		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Have you/they traveled in the past 14 days?		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Have you been tested for COVID-19 in the last 14 days?		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
If yes, what is the result of the testing?		Negative Positive Unsure

Patient signature:

I agree to notify the dental practice if within 2 days I become ill with COVID-19 symptoms or test positive for COVID-19. I understand the dental practice has a legal and ethical obligation to inform me if a staff person I had contact with tested positive for COVID-19 within 2 days.

Signature _____

Forma de Detección

Nombre del Paciente:

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

Acepto dar aviso a la clínica dental si dentro de dos días presento síntomas de COVID-19 o tengo un resultado positivo de COVID-19. Entiendo que la clínica dental tiene la obligación legal y ética de informarme si un miembro del personal con el que tuve contacto ha tenido un resultado positivo de COVID-19 dentro de dos días.

Signature _____

