



## Cuestionario Covid-19

### Divulgación Del Paciente

Este formulario de divulgación del paciente busca información suya que debemos tener en cuenta antes de tomar decisiones de tratamiento en las circunstancias del virus COVID-19.

Un sistema inmunitario débil o comprometido (que incluye, entre otros, enfermedades como diabetes, asma, EPOC, tratamiento contra el cáncer, radiación, quimioterapia y cualquier enfermedad o afección médica previa o actual) puede aumentar el riesgo de contraer COVID 19). Infórmenos sobre cualquier afección que comprometa su sistema inmunitario y comprenda que podemos pedirle que considere la posibilidad de reprogramar el tratamiento después de analizar dichas afecciones.

También es importante que revele a esta oficina cualquier indicio de haber estado expuesto a COVID-19, o si ha experimentado algún signo o síntoma asociado con el virus COVID-19.

En las últimas dos semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes síntomas:

Temperatura de 110.4 o superior	SI	NO	Pérdida o reducción de su sentido gusto u olfato	SI	NO
Dificultad para respirar	SI	NO	Dolores musculares o corporals	SI	NO
Tos seca	SI	NO	Dolores de cabeza	SI	NO
Rinorrea	SI	NO	Náusea	SI	NO
Congestión	SI	NO	Vómitos	SI	NO
Dolor de garganta	SI	NO	Diarrea	SI	NO

¿Has estado en contacto con alguien que haya dado positivo por Covid-19 en las últimas 2 semanas?	SI	NO
¿Ha dado positivo por el COVID-19?	SI	NO
¿Le han hecho la prueba COVID-19 y está esperando resultados?	SI	NO
¿Ha viajado fuera de los Estados Unidos en avión o crucero en los últimos 14 días?	SI	NO
¿Ha viajado dentro de los Estados Unidos en avión o en tren en los últimos 14 días?	SI	NO

Entiendo completamente y reconozco la información anterior, los riesgos y las precauciones con respecto a un sistema inmune comprometido y he revelado a mi proveedor cualquier condición en mi historial de salud que pueda resultar en un sistema inmune comprometido. Al firmar este documento, reconozco que las respuestas que proporcioné anteriormente son verdaderas y precisas.

Nombre Impreso \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_