

Forma de Detección

Nombre del Paciente:

	CITA PREVIA	EN LA CITA
	Fecha:	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	<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	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene tos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<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	<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	<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	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es mayor de 60 años?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<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	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿En los últimos 14 días ha viajado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Contestar “Sí” a cualquiera de estas preguntas, indicará una discusión más profunda con su dentista antes de poder proceder con un tratamiento electivo.

- Para análisis, consulte la lista de [State and Territorial Health Department Websites](#) para información en su área específica.