

## DIVULGACIÓN DEL PACIENTE DE COVID-19

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Temp \_\_\_\_\_

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 debilitado o comprometido (que incluye, entre otros, afecciones 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 hablar con nosotros sobre dichas afecciones.

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.

|  | SI | NO |
|--|----|----|
| ¿Tiene fiebre o temperatura superior a la normal?                                  |    |    |
| ¿Has experimentado dificultad para respirar o has tenido problemas para respirar?  |    |    |
| ¿Tienes tos seca?  |    |    |
| ¿Tienes goteo nasal?   |    |    |
| ¿Has perdido el sentido del olfato o el gusto?                                     |    |    |
| ¿Tienes dolor de garganta?   |    |    |
| ¿Has tenido contacto con una persona positiva de Covid-19?                         |    |    |
| ¿Has dado positivo por Covid-19?   |    |    |
| ¿Le han hecho la prueba COVID-19 y está esperando resultados?                      |    |    |
| ¿Ha viajado fuera de los Estados Unidos en los últimos 14 días? ¿Si es así, donde? |    |    |
|  |    |    |
|  |    |    |

Entiendo completamente y reconozco la información anterior, los riesgos y las precauciones con respecto a un sistema inmunitario comprometido y he revelado a mi proveedor cualquier condición en mi historial de salud que pueda resultar en un sistema inmunitario comprometido.

Al firmar este documento, reconozco y acepto las pautas de que las respuestas que proporcioné anteriormente son verdaderas y precisas.

PT. Firma : \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

DR. Signature \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## DIVULGACIÓN DEL PACIENTE DE COVID-19

Nombre del Pariente: \_\_\_\_\_ Temp \_\_\_\_\_

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 debilitado o comprometido (que incluye, entre otros, afecciones 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 hablar con nosotros sobre dichas afecciones.

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.

|  | SI | NO |
|--|----|----|
| ¿Tiene fiebre o temperatura superior a la normal?                                  |    |    |
| ¿Has experimentado dificultad para respirar o has tenido problemas para respirar?  |    |    |
| ¿Tienes tos seca?  |    |    |
| ¿Tienes goteo nasal?   |    |    |
| ¿Has perdido el sentido del olfato o el gusto?                                     |    |    |
| ¿Tienes dolor de garganta?   |    |    |
| ¿Has tenido contacto con una persona positiva de Covid-19?                         |    |    |
| ¿Has dado positivo por Covid-19?   |    |    |
| ¿Le han hecho la prueba COVID-19 y está esperando resultados?                      |    |    |
| ¿Ha viajado fuera de los Estados Unidos en los últimos 14 días? ¿Si es así, donde? |    |    |
|  |    |    |
|  |    |    |

Entiendo completamente y reconozco la información anterior, los riesgos y las precauciones con respecto a un sistema inmunitario comprometido y he revelado a mi proveedor cualquier condición en mi historial de salud que pueda resultar en un sistema inmunitario comprometido.

Al firmar este documento, reconozco y acepto las pautas de que las respuestas que proporcioné anteriormente son verdaderas y precisas.

PT. Firma : \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

DR. Signature \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_