

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: _____