

# Formulario de evaluación del paciente

## INFORMACIÓN GENERAL

Nombre y apellido del paciente

## CRIBADO DEL PACIENTE

¿Ha/Han hecho la prueba recientemente para COVID-19?.....

En caso afirmativo, especifique la fecha de la prueba

¿Ha/Han tenido resultados positivos para COVID-19?.....

¿Tiene/Tienen fiebre o an tenido calor o fiebre recientemente (14-21 días)?.....

¿Tiene/Tienen dificultad respirando o otras dificultades respirando?.....

¿Tiene tos?.....

¿Algún otro síntoma similar a la gripe, como malestar gastrointestinal, dolor de cabeza o fatiga?...

¿Ha/Han experimentado recientemente pérdida de sabor u olfato?.....

¿Está/Están en contacto con pacientes confirmados con COVID-19 positivo?.....

*Los pacientes que están bien pero que tienen un familiar enfermo en casa con COVID-19 deben considerar posponer el tratamiento electivo.*

¿Su edad es más de 60 años?.....

¿Tiene/Tienen enfermedades del corazón, enfermedades pulmonares, enfermedades renales, diabetes o algún trastorno autoinmune?.....

¿Ha/Han viajado en los últimos 14 días a alguna región afectada por COVID-19?.....

*(según sea relevante para su ubicación)*

### Antes de la cita

Fecha

Si  No

Si  No

Si  No

Si  No

Si  No

Si  No

Si  No

Si  No

Si  No

Si  No

Si  No

### En la oficina

Fecha

Si  No

Si  No

Si  No

Si  No

Si  No

Si  No

Si  No

Si  No

Si  No

Si  No

Si  No

## FIRMA

**NOTA: Se alienta tanto al médico como al paciente a discutir todos y cada uno de los problemas de salud relevantes del paciente antes del tratamiento.**

- Certifico que he leído y comprendido lo anterior y que la información proporcionada en este formulario es correcta. Entiendo la importancia de un historial médico veraz y que mi médico y su personal confiarán en esta información para tratarme. Reconozco que mis preguntas, si las hay, acerca de las consultas establecidas anteriormente, han sido respondidas satisfactoriamente. No responsabilizaré a mi médico, ni a ningún otro miembro de su personal, por ninguna acción que tomen o no tomen debido a errores u omisiones que yo haya cometido al completar este formulario.

Nombre del paciente/tutor legal

Firma del paciente/tutor legal

Fecha

Todas las partes involucradas acuerdan que este documento puede firmarse electrónicamente. Las firmas electrónicas que aparecen en este documento son las mismas que las firmas escritas a mano a los efectos de la validez, exigibilidad y admisibilidad.