Asesoramiento/reconocimiento de Monfredi Familia Dental

Estimado paciente,

Se presentó hoy a la oficina porque desea que se complete un tratamiento o atención dental durante la pandemia de COVID-19 (Coronavirus). Tenga en cuenta lo siguiente:

- Aunque nuestra oficina cumple con las pautas de la Junta de Odontología del Estado de Ohio y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades para prevenir la propagación del virus COVID-19, no podemos garantizarlo.
- Todo nuestro personal no presenta síntomas y, a lo mejor de nuestro conocimiento y entender, no ha estado expuesto al virus. Sin embargo, dado que somos un lugar de alojamiento público, otras personas (incluidos otros pacientes) podrían infectarse, con o sin su conocimiento.

Para reducir el riesgo de propagar COVID-19, le hemos hecho una serie de preguntas de "detección" a continuación. Para la seguridad de nuestro personal, otros pacientes y usted mismo, sea sincero y sincero en sus respuestas.

_____ **(Iniciales)** Informaré a Monfredi Family Dental cualquier signo o síntoma de COVID-19 que desarrolle en los próximos 14 días.

_____ **(Iniciales)** No he tenido contacto con nadie que exhiba los síntomas enumerados a continuación o con una persona COVID-19 positiva, ya sea en mi hogar o en la comunidad en los últimos 14 días.

Marque "Sí" o "No" para responder si ha tenido estos "síntomas" en los últimos 14 días o si alguna vez le han diagnosticado alguna de las "condiciones" enumeradas a continuación. Si marca "Sí" en cualquiera de los siguientes, le haremos preguntas relevantes para obtener información adicional para mantener a usted, a nuestros otros pacientes y a nuestro personal seguros.

SI/NO - 'Síntomas'	SI/NO - 'Síntomas'	SI/NO - 'Condiciones'
☐ ☐ Fiebre (de 100.4 o superior)	☐ ☐ Dolor de estómago	☐ ☐ Enfermedad pulmonar
☐ ☐ Dificultad para respirar	☐ ☐ Dolor de cabeza	☐ ☐ Diabetes
☐ ☐ Tos seca	☐ ☐ Fatiga	☐ ☐ Enfermedades autoinmune
☐ ☐ Nariz que moquea	☐ ☐ Pérdida de sabor u olor	☐ ☐ Poblemas cardiacos
☐ ☐ Dolor de garganta		☐ ☐ Nefropatía

(SÍ) ☐ / (NO) ☐ He viajado fuera del estado de Ohio en los últimos 14 días.

A lo mejor de mi conocimiento he respondido todas las preguntas de forma completa y precisa. Informaré a mi dentista (Monfredi Family Dental) sobre cualquier cambio en mi salud y / o síntomas físicos relacionados con COVID-19.

_____

Firma de la parte responsable o paciente Fecha