

PANDEMIA DE COVID-19 (CORONAVIRUS)

DIVULGACIÓN DE ENFERMEDADES DEL PACIENTE

En vistas de la pandemia de COVID-19, este formulario de divulgación de enfermedades del paciente busca obtener información sobre usted que debemos contemplar antes de tomar decisiones sobre su tratamiento.

Los pacientes inmunodeprimidos (incluidos, entre otros, los que tienen diabetes, asma o EPOC; que estén recibiendo tratamiento oncológico, radioterapia, quimioterapia; o que tengan alguna enfermedad o afección médica previa o actual) tienen un mayor riesgo de contraer COVID-19. Infórmenos sobre cualquier que tenga que pueda influir sobre el sistema inmunitario, y tenga presente que podremos solicitarle que re programe el tratamiento después de revelarnos dicha afección.

También es importante que informe al consultorio cualquier indicio de haber estado expuesto a COVID-19 o si ha tenido algún signo o síntoma asociado con el virus.

	Sí	No
¿Tiene fiebre o temperatura superior a la normal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido dificultad para respirar o sentido que le falta el aire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene tos seca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene secreción nasal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha perdido o le ha disminuido recientemente el sentido del olfato?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Le duele la garganta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha estado en contacto con alguien que ha dado positivo por COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha dado positivo por COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Le han hecho el análisis de detección de COVID-19 y está esperando los resultados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha viajado fuera de los Estados Unidos en avión o crucero en los últimos 14 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha viajado dentro de los Estados Unidos en avión, autobús o tren en los últimos 14 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comprendo y acepto la información anterior, así como los riesgos y las precauciones relacionados con la inmunodeficiencia, y he informado a mi médico todos mis antecedentes médicos que puedan debilitar el sistema inmunitario.

Al firmar este documento, confirmo que las respuestas que brindé anteriormente son veraces y precisas.

Firma

Fecha

Testigo