



Lindquist Dental Clinic for Children

Parkland * Bremerton

Cuestionario de Paciente y Forma para Permiso del Tratamiento Dental durante COVID-19

Nombre del niño :

Apellido

Nombre

Fecha de nacimiento

Nombre del padre/guardián:

Apellido

Nombre

Fecha de nacimiento

Fecha de la detección: _____

	Niño		Padre/ Guardia	
1. ¿Tienes fiebre o te has sentido caliente o febril recientemente?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
2. ¿Estás en contacto con pacientes positivos confirmados de Covid-19?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
3. ¿Tienes tos?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
4. ¿Cualquier otro síntoma similar a la gripe, como malestar gastrointestinal, dolor de cabeza, o fatiga?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
5. ¿Han experimentado la reciente pérdida de sabor o dolor?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
6. ¿Tienes alguna erupción inexplicable?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
7. ¿Tienes dificultad para respirar?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
8. ¿Tienes más de 60 años?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
9. ¿Tienes enfermedades cardíacas, pulmonares, o renales, diabetes, o algún trastorno autoinmunitario?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
10. ¿Has viajado en los últimos 14 días fuera del este condado local?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

Proyectado por: _____

Forma para Permiso del Tratamiento Dental durante Pandemia COVID-19

Yo (el paciente o padre/tutor mencionado anteriormente) a sabiendas y voluntariamente consiento (el nombre del paciente arriba) para tener atención dental durante la pandemia COVID-19.

Entiendo que el virus COVID-19 tiene un largo período de incubación durante el cual los portadores del virus pueden no mostrar síntomas y seguir siendo altamente contagiosos. Es imposible determinar quién lo tiene y quién no da los límites actuales en las pruebas de virus.

Aunque la LDCC está haciendo todo lo posible para cumplir con las pautas de la Asociación Dental Americana y el Centro de Control de Enfermedades para las mejores prácticas, salud y seguridad durante COVID-19.

Entiendo que debido a la frecuencia de las visitas de otros pacientes dentales, las características del virus, y las características de los procedimientos dentales, que yo (o me hijo) puede tener un riesgo elevado de contraer el virus simplemente por estar en un consultorio dental.

Numero de telefono mientras está en el sitio: _____

No saldre de las instalaciones mientras mi hijo sea visito. Me quedare en la sala de espera o en mi auto.

Firma de Padre/Guardián Legal _____

Fecha _____

Firma de Doctor _____

Fecha _____