

Información del paciente

Fecha _____ Estado Civil: _____
 Apellido del paciente _____ Nombre _____ Segundo nombre _____
 Prefiere que lo llamen _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo Hombre Mujer
 N° Seguro Social _____ Escuela _____
 Correo electrónico _____
 Dirección domicilio _____ Ciudad, Estado, Código postal _____
 Tel. domicilio () _____ Tel. celular () _____

Nombre de contacto de emergencia: _____ Telefono: _____

Padres / Guardian (si el paciente es menor de 18)

Nombre del progenitor padres con custodia _____
 El paciente vive con (marque todas las que correspondan) Madre Padre Madrastra Padrastro Abuelos
 Otro _____
 Nombre Primaria Guardián completa _____ Fecha de nacimiento _____
 Ocupación _____ Correo electrónico _____
 Dirección (si es diferente) _____
 Tel. domicilio () _____ Tel. Cel. () _____ Tel. trabajo () _____
 Secundaria Nombre Guardián completa _____ Fecha de nacimiento _____
 Ocupación _____ Correo electrónico _____
 Dirección (si es diferente) _____
 Tel. domicilio () _____ Tel. Cel. () _____ Tel. Trabajo () _____

Seguro Dental

Nombre completo del titular de la póliza principal _____ Fecha de nacimiento _____
 N° de seguro social _____ Relación con el paciente _____
 Dirección y teléfono (Si no aparece arriba) _____
 Empleador _____ Dirección _____
 Compañía de seguros _____ N° de grupo _____ N° identificación _____
 Nombre completo del titular de la póliza secundaria _____ Fecha de nacimiento _____
 N° Seguro Social _____ Relación con el paciente _____
 Dirección y teléfono (si no aparece arriba) _____
 Empleador _____ Dirección _____
 Compañía de seguros _____ N° de grupo _____ N° identificación _____

¿Como escucho de nuestra oficina? Porfavor encierre en un circulo.

Familia/Amigos Oficina
 Plan de aseguranza Periodico
 De otra Oficina Sitio Web
 Google/facebook/yelp

X _____
 Firma del paciente padre/tutor

 Fecha

Formulario historial médico dental

Gonzalez Dental Group

Nombre del Doctor general : _____ Fecha de su ultima visita: _____

Aunque tratamos primordialmente alrededor y dentro de la boca, la boca forma parte del cuerpo entero. Los problemas anteriores de salud o los medicamentos pueden afectar el tratamiento dental que reciba el paciente. Conteste cada una de las preguntas siguientes lo más completas que pueda. ¡Gracias!

¿Está bajo el cuidado de un médico?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	De ser así _____
¿Ha estado hospitalizado o se ha sometido a una cirugía importante?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	De ser así _____
¿Ha sufrido alguna lesión grave en la cabeza o el cuello?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	De ser así _____
¿Está tomando medicamentos, pastillas o drogas? De ser así por favor nombrar los medicamentos.	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	_____
¿Lleva una dieta especial?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	De ser así _____
¿Usa productos de tabaco?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	De ser así _____
¿Esta tomando o ha tomado Bisfosfonato? ¿Desde cuando?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	De ser así _____

Mujeres: ¿Está...? Sí No Embarazada o tratando de quedar embarazada Sí No Amamantando Sí No Tomando anticonceptivos orales

¿Es alérgico a alguno de los siguientes elementos?

<input type="radio"/> Aspirina	<input type="radio"/> Penicilina	<input type="radio"/> Codeína	<input type="radio"/> Acrílico
<input type="radio"/> Metales	<input type="radio"/> Látex	<input type="radio"/> Anestésicos locales	

¿Otras alergias? Sí No De ser así _____

¿Ha tenido alguna de las siguientes?

Déficit de atención /con hiperactividad <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Convulsiones <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Marcapasos cardiaco <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Diálisis renal <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Positivo a SIDA/VIH <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Medicamento cortisona <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Hemofilia <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Fiebre reumática <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Anafilaxis <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Diabetes I <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Hepatitis A <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Reumatismo <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Anemia <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Diabetes II <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Hepatitis B o C <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Escarlatina <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Angina <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Drogadicción <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Herpes <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Anemia de pranáocítica <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Trastorno de ansiedad <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Facilmente sin aliento <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Presión arterial alta <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Sinusitis <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Artritis/Gota <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Enfisema <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Colesterol elevado <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Espina bífida <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Válvula cardíaca artificial <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	*Epilepsia o convulsiones <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Urticaria o sarpullido <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Enfermedad estomacal /intestinal <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Articulación artificial <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Hemorragias <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Hipoglucemia <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Derrame cerebral <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Aspberger <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Demasiada sed <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Latidos irregulares del corazón <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Hinchazón extremidades <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Asma <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Desmayos/Mareos <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Problemas renales <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Enfermedad tiroidea <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Autismo <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Tos frecuente <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Leucemia <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Amigdalitis <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Hemopatía <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Diarrea frecuente <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Enfermedad hepática <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Tuberculosis <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Transfusión de sangre <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Cefalea frecuente <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Presión arterial baja <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Tumores o bultos Úlceras <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Problemas respiratorios <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Glaucoma <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Enfermedades pulmonares <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Enfermedad venérea <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Moretones fácilmente <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Rinitis alérgica <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Prolapso de válvula mitral <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Ictericia <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Cáncer <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Ataque/Insuficiencia cardíaca <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Dolor mandibular <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Osteoporosis <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Quimioterapia <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	*Soplo cardíaco <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Hipoparatiroidismo <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Dolor de pecho <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Pérdida de peso reciente <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Atención psiquiátrica <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Llagas en la boca/labios <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		Tratamientos de radiación <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Cardiopatía congénita <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			

* ¿ Cuando fue su ultima visita al dentista? _____

* ¿ Porque dejo a su ultimo dentista? _____

* ¿ Razon Por la visita de hoy? _____

* ¿Ha tenido tratamiento periodontal cuando? _____

¿Tiene alguna de las siguientes habitos y condiciones? ¿Que tan seguido usa el hilo dental? _____

<input type="radio"/> Mal aliento	<input type="radio"/> Chuparse/morderse el labio	<input type="radio"/> Morderse las uñas	<input type="radio"/> Sensibilidad a:
<input type="radio"/> Morder objetos duros	<input type="radio"/> Rechinar los dientes	<input type="radio"/> Apretar la mandíbula	Caliente/frío/dulce ¿ Que tan seguido se cepilla? _____

Comentarios: _____

A mi mejor saber y entender, las preguntas en este formulario se han contestado con exactitud. Comprendo que si doy información incorrecta, esto puede ser peligroso para la salud del paciente. Tengo la responsabilidad de informarle al consultorio dental sobre todo cambio en la condición de salud del paciente. También autorizo al personal del consultorio para que lleve a cabo los servicios dentales necesarios que el paciente pueda necesitar.

X _____
Firma del paciente, padre, madre o tutor

Fecha

This form has been reviewed with Patient, Parent or Guardian and conditions accurately notated.

X _____
Firma del dentista proveedor

Fecha

FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DENTAL

Favor lea y escriba las iniciales de su nombre en cada uno de los siguientes párrafos y forme al pie de esta forma.

Nombre del Paciente: _____

1. **TRATAMIENTO A HACERSE**

Examen/ Radiografías

Iniciales _____

2. **FARMACOS Y MEDICAMENTOS**

Entiendo que los antibióticos y analgésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas causando el enrojecimiento e inflamación de tejidos, dolor, comezón, vomito y choque anafiláctico (reacción alérgica severa).

Iniciales _____

3. **CAMBIOS EN EL PLAN DE TRATAMIENTO**

Entiendo que durante el tratamiento sea necesario cambiar o añadir procedimientos debido a las condiciones que se encuentren mientras se da el tratamiento a mi dentadura que no hayan sido encontradas durante la examinación, siendo lo más común la terapia de conducto radicular, seguido de procedimientos restaurativos rutinarios. Doy permiso al Dentista para que haga cualquier/todos los cambios y añadidas necesarios.

Iniciales _____

4. **EXTRACCION DE DIENTES**

Se me han explicado las alternativas a una extracción de dientes (terapia de conducto radicular, coronas, y cirugía periodontal, etc.) y autorizo al Dentista extraerme los siguientes dientes _____ y cualquier otro(s) que sea necesario por motivos descritos en el párrafo #3. Entiendo que la extracción de dientes, algunos de los cuales son dolor, inflamación, propagación de la infección, álveo seco, pérdida de sensibilidad en mis dientes, labios, lengua y tejido circundante (Parestesia) que puede durar por un periodo de tiempo indefinido (días o meses), o quijada fracturada.

Entiendo que puedo necesitar tratamiento adicional por un especialista o hasta ser hospitalizado si resultan complicaciones durante o después del tratamiento, y es mi responsabilidad pagar por el costo de esto. Iniciales _____

5. **CORONAS, PUENTES Y CAPERUZAS**

Entiendo que algunas veces no es posible igualar exactamente el color de la dentadura postiza al de la dentadura natural. Además, entiendo que puede que traiga coronas temporales que pueden caerse fácilmente y que puedo tener cuidado para asegurarme de que no se caigan hasta que se entreguen las coronas permanentes. Estoy enterado que la última oportunidad para hacer cambios a mi nueva corona, Puente o caperuza (incluyendo cambios en forma, adaptación, tamaño, y color) la tender antes de la cementación.

Iniciales _____

6. **DENTADURAS POSTIZAS, COMPLETAS O PARCIALES**

Estoy enterado de que las dentaduras postizas completas o parciales son artificiales, construidas de plástico, metal, y/o porcelana. Entiendo que la última oportunidad para hacer cambios en mi nueva dentadura postiza (incluyendo cambios en forma, adaptación, tamaño, y color) la tendré cuando asista a la consulta para probarme los "dientes en cera". Entiendo que la mayoría de las dentaduras postizas requieren otra alineación aproximadamente de tres a doce meses después de la colocación inicial. El costo de este procedimiento no está incluido en el costo inicial de la dentadura postiza.

Iniciales _____

7. **TRATAMIENTO ENDODONTICO (CONDUCTO RADICULAR)**

Entiendo que no hay garantía de que el tratamiento de conducto radicular salvara mi diente, y que pueden presentarse complicaciones por el tratamiento, y que ocasiones, se cementan objetos de metal en el diente o se extienden a través del conducto radicular, lo cual no necesariamente afecta el éxito del tratamiento. Entiendo que en ocasiones puede necesitarse de procedimientos quirúrgicos adicionales después de un tratamiento de conducto radicular (apicectomía).

Iniciales _____

8. **PERDIDA PERIODONTAL (TEJIDO Y HUESO)**

Entiendo que tengo una condición grave, que está causando inflamación o pérdida de encías y de hueso, y que puede causar la pérdida de mis dientes. Se me han explicado planes de tratamiento alternativos, incluyendo, cirugía de las encías, reemplazo y/o extracciones. Entiendo que el someterse a cualquier procedimiento dental puede tener un efecto negativo en el futuro en mi condición periodontal.

Iniciales _____

9. **EMPASTE, RELLENO, CALZA**

Entiendo que se debe tener cuidado al masticar, especialmente las primeras 24 horas para evitar que se rompa. Comprendo que se requiera un llenado más extenso del que se diagnosticó originalmente debido a una caries adicional. Entiendo que la sensibilidad es común después del Empaste, Relleno o Calza recién colocada.

Iniciales _____

10. **OTROS**

Iniciales _____

Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta y que, por lo tanto, prácticos acreditados no pueden garantizar resultados por completo. Reconozco que nadie me ha garantizado o asegurado nada respecto al tratamiento dental que he solicitado y autorizado. He tenido la oportunidad de leer esta forma y hacer preguntas. Estoy satisfecho que me han respondido a las preguntas. Doy mi consentimiento para que se lleve a cabo el tratamiento propuesto.

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma Del Doctor _____ Fecha _____



Politica de la Oficina

Bienvenido a nuestra oficina y gracias por habernos elegido para atender sus necesidades dentales. Nos gustaría aprovechar esta oportunidad para informarle de nuestras políticas en relación con los costos de atención de salud que se pueda incurrir durante su visita a nuestra oficina. Esto hará que su visita sea agradable y le ayudará en el cumplimiento de cualquier obligación financiera en el momento oportuno.

Como una cortesía a nuestros pacientes, le hacemos factura a su compañía de seguros. Tenga en cuenta que la forma de las reclamaciones de seguros no garantiza el pago de su aseguradora. Pruebas frecuentes de la elegibilidad, los servicios cubiertos y no cubiertos y varias exclusiones no se puede determinar hasta que su compañía procese la reclamación. Por lo tanto, hacemos presentar reclamaciones de seguros en el entendido que usted es responsable de los servicios no-cubiertos, copagos, deducibles y exclusiones, servicios cosméticos, en el momento de la prestación del servicio. Entiendo que la estimación de seguro son sólo estimaciones y no una garantía de los beneficios y sobre la base de mi elegibilidad. También entiendo y acepto la responsabilidad por cualquier reclamación de seguros no paga dentro de los 45 días del servicio de facturación.

Nuestra oficina hará todo lo posible para verificar la elegibilidad, sin embargo, es en su interés de chequearlo para estar al tanto de su estado de elegibilidad. También es responsabilidad del paciente para informarnos de cualquier cambio en su aseguranza o dual y cobertura. Soy consciente de que a menos que otros arreglos específicos están hechos de antemano, el pago es debido en el momento del tratamiento. Aceptamos dinero en efectivo, Visa, Master Card, American Express, Discover y Care Crédito (compañía de financiamiento)

Hay un cargo de \$ 25 por cheques devueltos.

Entendemos que hay situaciones de emergencia que pueden interferir con incluso el mejor de los planes, pero se requiere una comunicación previa de 48 horas para cancelar o cambiar una cita, ya que muchos procedimientos dentales pueden durar de una a tres horas. Nuestra oficina reserva tiempo específicamente para usted y el médico / higienista. Nosotros tenemos el derecho de cobrar por citas canceladas por la hora.

He revisado la política de arriba y entiendo que yo mismo soy responsable de la totalidad del saldo de mi tratamiento y el cumplimiento de los términos de mi opción de pago que he elegido. Entiendo, además, que el saldo de más de 45 días de mora será objeto de un 1,5% mensual (18% anual) carga financiera y que será responsable de los gastos incurridos en la recogida de los saldos morosos.

Por la presente declaro que he leído, entendido y acepto cumplir con los términos establecidos en este documento.

Firma Del Paciente / Responsable: _____ **Fecha** _____



Portabilidad y Responsabilidad de Seguros 09/13 (HIPAA)

Estamos obligados a mantener su información de salud segura y confidencial, por la ley. También por ley, tenemos que darle este aviso y sigamos los términos de este aviso. La ley nos permite usar o revelar su información de salud a las personas involucradas en su tratamiento. Por ejemplo, una revisión de su archivo por un médico especialista que puede estar involucrado en su cuidado. Podemos usar o revelar su información de salud para el pago de sus servicios. Por ejemplo, podemos enviar un informe de su tratamiento o el progreso de su compañía de seguros. Podemos usar o divulgar su información médica para nuestras operaciones de atención médica normales. Por ejemplo, uno de nuestro personal, puede introducir la información de su tratamiento en nuestro sistema informático. Podemos compartir su información médica con nuestros socios de negocios, tales como un servicio de facturación. Tenemos un contrato escrito con cada asociado de negocios, que les obliga a proteger su privacidad. Podemos utilizar su información para comunicarnos con usted. Por ejemplo, podemos enviar boletines de noticias u otra información a usted. También podremos llamarle y recordarle sus citas. Si usted no está en casa, podemos dejar esta información en su contestador automático o con la persona que contesta el teléfono. En caso de emergencia, podemos revelar su información médica a un familiar u otra persona responsable de su cuidado. Tendremos que liberar parte o la totalidad de su información de salud cuando sea requerido por la ley. Si se vende esta Oficina, la información pasará a ser propiedad del nuevo dueño. A excepción de lo descrito anteriormente, esta Oficina no va a usar o divulgar su información de salud sin su autorización previa por escrito. Usted puede solicitar por escrito que no usemos o divulguemos parte o la totalidad de su información de salud como se describe anteriormente. Le dejaremos saber si podemos cumplir con su solicitud.

Usted tiene el derecho de saber de cualquier uso o divulgación que hacemos con su información de la salud más allá de los usos normales. Usted tiene el derecho de recibir la comunicación sobre su información de salud de la manera que prefiera. También vamos a utilizar cualquier método de comunicación, el número o el sistema prefiere contactar con usted. Usted tiene el derecho de transferir una copia de su información de salud a otra Oficina. Nos notifique por escrito de donde quiere que le enviemos una copia de su información de salud para usted. Usted tiene el derecho de ver y recibir una copia de su información de salud, con algunas excepciones. Danos una solicitud por escrito en relación con la información que desea ver. Si desea una copia de sus registros, podemos cobrarle una cuota razonable por las copias. Si desea una copia digital de sus archivos, háganoslo saber qué tipo de archivo que desea y nosotros trataremos de satisfacer sus necesidades. Usted tiene el derecho de solicitar una modificación o cambio a su información de salud, por escrito. Si desea incluir una declaración en su archivo, por favor nos la entregará por escrito. Podemos o no podemos hacer los cambios que usted solicita, pero vamos a incluir su declaración en su archivo. Si estamos de acuerdo en una modificación o cambio, no eliminaremos ni alteraremos documentos previos, sino que añadiremos nueva información. Usted tiene el derecho de recibir un informe de lo que damos a conocer su información a . Si nuestras medidas o sistemas de seguridad y privacidad se violan de alguna manera, se lo notificaremos. Usted tiene el derecho de recibir una copia de este aviso. Si cambiamos cualquiera de los detalles de este aviso, le notificaremos de los cambios por escrito. Usted puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos, por escrito (**200 Independence Avenue, SW, Room 509F, Washington, DC 20201**) , línea (<http://www.hhs.gov>) o por correo electrónico (OCRComplaint@hhs.gov) . No se tomarán represalias en su contra por presentar una queja.

Propósito del consentimiento: Al firmar este formulario, usted da su consentimiento a nuestro uso y divulgación de su información médica protegida para realizar el tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica. Aviso de prácticas de privacidad: usted tiene el derecho de leer nuestro aviso de prácticas de privacidad antes de decidir si firmar este consentimiento. Fuera aviso proporciona una descripción de nuestras actividades de pago de tratamiento y operaciones de atención médica, de los usos y divulgaciones que podemos hacer de su información protegida de la salud y otros asuntos importantes acerca de su información de salud protegida. Una copia de nuestro Aviso de Prácticas está disponible para usted.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad que se describen en nuestro Aviso de prácticas de privacidad, el cual contendrá los cambios. Estos cambios pueden ocurrir a cualquiera de su información de salud protegida que mantenemos

Usted puede obtener una copia de nuestro aviso de prácticas de privacidad, incluyendo cualquier revisión de nuestro aviso en cualquier momento, así como para obtener más información, hacer una solicitud, presentar una queja con nosotros o para asistencia con respecto a su información privada de salud a:

González Dental Group 2139 Tapo St # 101 Simi Valley Ca. 93063 805.582.2571

Yo, _____ (nombre del paciente) han tenido plena oportunidad de considerar el contenido de este formulario de consentimiento y su Aviso de Prácticas de Privacidad. Entiendo que al firmar este formulario de consentimiento, yo estoy dando mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información médica protegida para realizar el tratamiento, pago y también podemos declinar el tratamiento o para continuar el tratamiento si usted revoca este consentimiento.

Firma _____ Nombre _____ Fecha _____

Si esta firmando como padre o tutor, Por favor escriba el nombre del paciente, _____

Formulario del paciente para la detección de Covid-19

Temp: _____

Instrucciones de uso: Use un formulario para cada cita con el paciente. Hágale al paciente estas preguntas en el momento de la cita o con el recordatorio de la misma, y nuevamente no más de dos días antes de la cita.

Nombres del paciente/padre o madre/tutor: _____ Date _____

Preguntas de evaluación

<p>¿Está totalmente vacunado para la COVID-19? <i>Se considera que una persona está totalmente vacunada si han pasado más de 2 semanas desde que recibió la última dosis de una vacuna de 2 dosis (por ejemplo, Moderna o Pfizer) o una vacuna de dosis única (J&J).</i></p>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<p>¿Tiene fiebre o una temperatura superior a la normal (>100.0 °F)? Mida la temperatura en la cita. <i>Si el paciente responde "sí", anote los síntomas informados y busque información adicional del paciente sobre la posible causa. Si el paciente no necesita atención de emergencia, considere no programar ni ver al paciente hasta que los síntomas se resuelvan.</i></p>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
<p>¿Está experimentando más de uno de los siguientes síntomas: dificultad para respirar, tos seca, dolor de garganta, dolor muscular sin explicación, cefalea o náuseas, nueva pérdida del gusto o del olfato?</p>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<p>Incluso si actualmente no está experimentando ninguno de los síntomas anteriores, ¿ha experimentado más de uno de estos síntomas en los últimos 14 días?</p>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
<p>¿Le han advertido que haga una cuarentena debido a un contacto estrecho con alguien diagnosticado con COVID-19?</p>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<p>¿Ha viajado fuera del estado o del país en los últimos 14 días?</p>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
<p>¿Le han hecho la prueba de COVID-19 en los últimos 14 días? En caso negativo, pase a la siguiente pregunta. <i>En caso afirmativo, ¿cuál es el resultado de la prueba?</i> <i>En caso negativo, pase a la siguiente pregunta.</i> <i>Si todavía espera los resultados, programe una cita después de que se conozcan.</i></p>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No está seguro <input type="checkbox"/> Positivo		

Se requiere la firma del paciente en la cita:

Acepto dar aviso a la clínica dental si dentro de dos días presento síntomas de COVID-19 o tengo un resultado positivo de COVID-19. Entiendo que la clínica dental tiene la obligación legal y ética de informarme si un miembro del personal con el que tuve contacto ha tenido un resultado positivo de COVID-19 dentro de dos días.

Firma _____