

Formulario de evaluación

Nombre del paciente:

	ANTES DE LA CITA	EN CONSULTORIO
	Fecha:	Fecha:
¿Tienes (tienen) fiebre o has (han) sentido tener fiebre recientemente (14-21 días)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Te(les) ha faltado el aire o has(han) tenido dificultad para respirar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tienes(tienen) tos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tienes (tienen) algún otro síntoma similar a la gripe, como malestar gastrointestinal, dolor de cabeza o fatiga?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Has(han) experimentado recientemente pérdida del gusto o del olfato?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Estás (están) en contacto con algún paciente positivo COVID-19 confirmado? <i>Los pacientes que se encuentran bien pero que tienen un familiar enfermo en casa con COVID-19 debe considerar posponer el tratamiento programado.</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tienes(tienen) más de 60 años?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Padeces (padecen) enfermedad cardíaca, pulmonar, renal, diabetes o algún trastorno autoinmune?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Has (han) viajado en los últimos 14 días a alguna región afectada por COVID-19? (según corresponda a tu ubicación)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Las respuestas positivas a cualquiera de estas preguntas muy probablemente indicaran que se deba tener una conversación más profunda con el dentista antes de continuar con el tratamiento dental programado.

- Para la realización de pruebas, consulta la lista de sitios web del [Departamento de Salud Estatal y Territorial](#) para obtener información sobre su área en específico.