

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**POR FAVOR CIRCULE SI O NO EN LAS PREGUNTAS SIGUIENTES EN LA ULTIMAS 14 DIAS.....**

Si No 1) Usted/alguien tiene o a tenido fiebre recientemente?

Si No 2) Usted/alguien ha tenido dificultad para respirar o dificultad para respirar?

Si No 3) Usted/alguien ha tendio tos recientemente?

Si No 4) Cualquier otro sintoma similar a la gripe, como malestar gastrointestinal, dolor de cabeza o fatiga?

Si No 5) usted o ellos experimentan perdida de sabor u olfato?

Si No 6) usted o ellos entraron en contacto con cualquier Covid-19 positivo Confirmado?

Si No 7) usted o usted ha viajado en avion o cruceros?

Cualquier respuesta positiva a cualquiera de estos probablemente indista antes de proceder con el dentista antes de proceder con el tratamiento dental electivo

Gracias

Firma: \_\_\_\_\_