

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE CON RESPECTO A LA PANDEMIA DE COVID-19

Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento _____

El presente formulario de divulgación de información del paciente tiene como objetivo obtener información que debemos tener en cuenta antes de tomar decisiones con respecto a su tratamiento en el marco de la pandemia del virus de la COVID-19, también conocido como "coronavirus".

Un sistema inmunitario débil o deficiente (por enfermedades como diabetes, asma, EPOC, tratamiento oncológico, radiación, quimioterapia y cualquier enfermedad o afección médica actual o previa) puede exponerlo a un mayor riesgo de contraer la COVID-19. Le solicitamos que nos haga saber cualquier afección que afecte su sistema inmunitario y que comprenda que dicha información podría influir en nuestras decisiones de tratamiento.

Las personas con COVID-19 han informado la presencia de una amplia variedad de síntomas, que van desde síntomas leves a una enfermedad grave.

Estos síntomas pueden aparecer en un período de 2 a 14 días después de la exposición al virus. Es importante que nos haga saber cualquier indicio de que podría haber estado expuesto a la COVID-19 o si ha experimentado alguno de los signos o síntomas asociados con el virus de la COVID-19.

| | Antes de la cita | | En el consultorio | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Sí | No | Sí | No |
| ¿Ha estado en contacto con alguien que haya dado positivo en la prueba del virus de la COVID-19? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha dado usted positivo en la prueba del virus de la COVID-19? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Se ha realizado la prueba de la COVID-19 y está a la espera de los resultados? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha viajado fuera de los Estados Unidos o a zonas de alto riesgo en los últimos 14 días? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Tiene fiebre o una temperatura corporal por encima de lo normal? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha tomado algún medicamento antipirético (para bajar la fiebre), por ejemplo, ibuprofeno (Advil, Motrin u otros), acetaminofeno (Tylenol u otros), naproxeno (Aleve u otros) o aspirina en los últimos 14 días y, de ser así, por qué motivo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha tenido falta de aliento o dificultad respiratoria? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Tiene tos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Tiene goteo nasal? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha sufrido recientemente una pérdida o disminución del sentido del olfato? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Tiene dolor de garganta? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha tenido escalofríos o temblores repetidos con escalofríos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Tiene dolor muscular? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Tiene otros síntomas similares a los de la gripe, como malestar gastrointestinal, dolor de cabeza o agotamiento? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE CON RESPECTO A LA PANDEMIA DE COVID-19

Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento _____

| | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ¿Tiene alguna enfermedad cardíaca, pulmonar o renal, diabetes o algún trastorno autoinmune? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Tiene algún otro tipo de malestar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Comprendo en su totalidad y confirmo la información, riesgos y precauciones explicados anteriormente y le he comunicado a mi proveedor de atención médica cualquier otra afección en mis antecedentes de salud. Al firmar este documento, confirmo que las respuestas que proporcioné anteriormente son verdaderas y precisas.

Firma del paciente o representante legal

Fecha

Nombre del paciente o representante legal, en letra de imprenta / Relación

Firma del testigo (opcional)

Fecha