

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