**Nombre del Paciente:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | CITA PREVIA | EN LA CITA |
|  | Fecha:       | Fecha:       |
| ¿Tiene fiebre o se ha sentido con algo de temperatura (en los últimos 14 – 21) días? | *[ ]*  Sí *[ ]*  No | *[ ]*  Sí *[ ]*  No |
| ¿Ha tenido falta de aire o dificultad para respirar?  | *[ ]*  Sí *[ ]*  No | *[ ]*  Sí *[ ]*  No |
| ¿Tiene tos? | *[ ]*  Sí *[ ]*  No | *[ ]*  Sí *[ ]*  No |
| ¿Ha tenido otros síntomas como de gripe? ¿Molestias gastrointestinales, dolor de cabeza o fatiga? | *[ ]*  Sí *[ ]*  No | *[ ]*  Sí *[ ]*  No |
| ¿Recientemente ha tenido pérdida del olfato o del gusto? | *[ ]*  Sí *[ ]*  No | *[ ]*  Sí *[ ]*  No |
| ¿Tiene contacto con algún paciente diagnosticado con COVID-19? *Pacientes que están bien de salud pero viven con alguien que tiene COVID – 19 deben considerar posponer su cita.*  | *[ ]*  Sí *[ ]*  No | *[ ]*  Sí *[ ]*  No |
| ¿Es mayor de 60 años?  | *[ ]*  Sí *[ ]*  No | *[ ]*  Sí *[ ]*  No |
| ¿Padece de alguna enfermedad cardíaca, enfermedad pulmonar, enfermedad renal, diabetes o trastorno autoinmune? | *[ ]*  Sí *[ ]*  No | *[ ]*  Sí *[ ]*  No |
| ¿En los últimos 14 días ha viajado a regiones afectadas con COVID-19? (Relevante a su ubicación) | *[ ]*  Sí *[ ]*  No | *[ ]*  Sí *[ ]*  No |

**Contestar “Sí” a cualquiera de estas preguntas, indicará una discusión más profunda con su dentista antes
de poder proceder con un tratamiento electivo.**

* Para análisis, consulte la lista de [State and Territorial Health Department Websites](https://www.cdc.gov/publichealthgateway/healthdirectories/healthdepartments.html) para información en su
área específica.