

## Covid-19 Patient Screening Form

**Instructions for use:** Use one form for each patient appointment. Ask the patient these questions at the time appointment is made or with appointment reminder, and again no more than two days before the appointment. Take the patient’s temperature and note any signs of fever, coughing, or shortness of breath.

Patient/Parent/Guardian Names: \_\_\_\_\_

Screening questions	Date: / / Staff initial: _____	Date: / / Staff initial: _____	Notes
Do you have a fever or above-normal temperature (>100.0° F)? <i>Take temperature at appointment.</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<i>If patient answers “yes” to either question on shortness of breath or coughing, or answers yes to any combination of two other symptoms and the patient does not need emergency care, consider not scheduling or seeing the patient until symptoms resolve or until patient can provide proof they are not infectious for COVID-19. The dentist may want to seek additional information from the patient regarding symptoms.</i>
Are you experiencing shortness of breath or having trouble breathing?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
Do you have a dry cough?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
Do you have a runny nose?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
Have you recently lost or had a reduction in your sense of smell or taste?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
Do you have a sore throat?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
Are you experiencing chills or repeated shaking with chills?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
Do you have unexplained muscle pain?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
Do you have a headache?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
Are you experiencing nausea, vomiting or diarrhea?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
Even if you don’t currently have any of the above symptoms, have you experienced any of these symptoms in the last 14 days?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<i>If “yes” and patient does not need emergency care, do not see patient unless it has been more than 10 days since symptoms first appeared and 24 hours of no fever without use of fever-reducing medication.</i>

Screening questions	Date: / / Staff initial: _____	Date: / / Staff initial: _____	Notes
Have you been in unprotected contact with someone who has tested positive for COVID-19 in the last 14 days? "Unprotected contact" means without the use of personal protective equipment.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<i>If yes, ask for date of last contact with COVID-positive patient and set appointment time for more than 14 days later, unless the patient needs emergency care.</i>
Have you been tested for COVID-19 in the last 14 days? <i>If "no," proceed to next question.</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
<p><b><i>If yes, what is the result of the testing?</i></b></p> <p><b><i>If negative, proceed to next question.</i></b></p> <p><b><i>If still waiting on results, schedule appointment after results are known.</i></b></p>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unsure <input type="checkbox"/> Positive	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unsure <input type="checkbox"/> Positive	<i>If positive, determine if patient needs emergency care. If not an emergency, schedule patient to be seen when it has been more than 10 days (20 days if patient illness was severe) since symptoms first appeared and 24 hours of no fever without use of fever reducing medication.</i>
Have you traveled more than 100 miles from your home in the last 14 days?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<i>If yes, determine if patient traveled to an area where COVID-19 cases are high. Determine if patient followed physical distancing precautions and wore a mask while in public. Use professional judgement when determining whether to proceed with the appointment.</i>
Have you received this season's flu vaccination? Date received: _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<i>If the answer is "yes" record approximate date.</i>

**Patient signature required at appointment:**

I agree to notify the dental practice if within 2 days I become ill with COVID-19 symptoms or test positive for COVID-19. I understand the dental practice has a legal and ethical obligation to inform me if a staff person I had close contact with tested positive for COVID-19 within 2 days.

Acepto dar aviso a la clínica dental si dentro de dos días presento síntomas de COVID-19 o tengo un resultado positivo de COVID-19. Entiendo que la clínica dental tiene la obligación legal y ética de informarme si un miembro del personal con el que tuve contacto ha tenido un resultado positivo de COVID-19 dentro de dos días.

Signature \_\_\_\_\_

## Formulario del paciente para la detección de Covid-19

**Instrucciones de uso:** Use un formulario para cada cita con el paciente. Hágale al paciente estas preguntas en el momento de la cita o con el recordatorio de la misma, y nuevamente no más de dos días antes de la cita. Mida la temperatura del paciente y compruebe si hay algún indicio de fiebre, tos o falta de aliento.

Nombres del paciente/padre o madre/tutor: \_\_\_\_\_

Preguntas de evaluación	Fecha: / / Iniciales del personal: _____	Fecha: / / Iniciales del personal: _____	Notas
¿Tiene fiebre o una temperatura superior a la normal (>100 °F)? Mida la temperatura en la cita.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<p><i>Si la respuesta del paciente es afirmativa a cualquiera de las preguntas sobre la falta de aire o la tos, o a cualquier combinación de otros dos síntomas y el paciente no necesita atención de emergencia, considere la posibilidad de no programar una cita ni ver al paciente hasta que los síntomas desaparezcan o hasta que el paciente pueda aportar pruebas de que no es contagioso de COVID-19.</i></p> <p><i>Se aconseja al dentista que busque información adicional del paciente con respecto a los síntomas.</i></p>
¿Le falta el aire o tiene problemas para respirar?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
¿Tiene tos seca?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
¿Tiene secreción nasal?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
¿Ha perdido o ha sufrido recientemente una reducción en su sentido del olfato o del gusto?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
¿Tiene dolor de garganta?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
¿Siente escalofríos o temblores recurrentes con escalofríos?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
¿Tiene dolor muscular sin causa aparente?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
¿Tiene dolor de cabeza?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
¿Tiene náuseas, vómitos o diarrea?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
Aunque no tenga ninguno de los síntomas anteriores en este momento, ¿ha experimentado alguno de ellos en los últimos 14 días?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<p><i>Si la respuesta es afirmativa y el paciente no necesita atención de emergencia, no lo vea a menos que hayan pasado más de 10 días desde la aparición de los síntomas y 24 horas de no tener fiebre sin haber utilizado medicamentos antifebriles.</i></p>

Preguntas de evaluación	Fecha: / / Iniciales del personal: _____	Fecha: / / Iniciales del personal: _____	Notas
<p>¿Ha estado en contacto sin protección con alguien que haya dado positivo para COVID-19 en los últimos 14 días? “Contacto sin protección” significa sin el uso de equipo de protección personal.</p>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<p>En caso afirmativo, pregunte la fecha del último contacto con el paciente COVID positivo y fije una cita para más de 14 días después, a menos que el paciente necesite atención de emergencia.</p>
<p>¿Le han hecho la prueba de COVID-19 en los últimos 14 días? En caso negativo, pase a la siguiente pregunta.</p>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
<p><b>En caso afirmativo,</b> ¿cuál es el resultado de la prueba? <b>En caso negativo,</b> pase a la siguiente pregunta. <b>Si todavía espera los resultados,</b> programe una cita después de que se conozcan.</p>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro <input type="checkbox"/> Positive	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro <input type="checkbox"/> Positive	<p>Si es positivo, determine si el paciente necesita atención de emergencia. Si no es una emergencia, programe la visita del paciente para cuando hayan pasado más de 10 días (20 días si la enfermedad del paciente era grave) desde la aparición de los síntomas y 24 horas de no tener fiebre sin haber utilizado medicamentos antifebriles.</p>
<p>¿Ha viajado una distancia superior a 100 millas de su casa en los últimos 14 días?</p>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<p>En caso afirmativo, determine si el paciente viajó a una zona donde haya un alto número de casos de COVID-19. Determine si el paciente siguió las precauciones de distanciamiento físico y si usó una mascarilla en público. Use su juicio profesional para decidir si debe proceder con la cita.</p>
<p>¿Ha recibido la vacuna contra la influenza de esta temporada? Fecha recibida: _____</p>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<p>Si la respuesta es “sí”, registre la fecha aproximada.</p>

### Se requiere la firma del paciente en la cita:

Acepto dar aviso a la clínica dental si dentro de dos días presento síntomas de COVID-19 o tengo un resultado positivo de COVID-19. Entiendo que la clínica dental tiene la obligación legal y ética de informarme si un miembro del personal con el que tuve contacto ha tenido un resultado positivo de COVID-19 dentro de dos días.

Firma \_\_\_\_\_