

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.

Patient/Parent/Guardian Names: _____

Screening questions	Date: / / Staff initial: _____	Date: / / Staff initial: _____	Notes
Are you fully vaccinated for COVID-19?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	An individual is considered fully vaccinated if it has been more than 2 weeks since they received the last shot of a 2-dose vaccine (for example, Moderna or Pfizer) or a single dose vaccine (J&J). If the answer is yes, screen for symptoms only and not for close contact, COVID-19 testing or travel. Observational screening, instead of questioning patient about symptoms or having patient complete a form, should be noted in the patient chart.
Do you have a fever or above normal temperature (>100.0° F)? Take temperature at appointment.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	If patient answers "yes," note the symptoms reported and seek additional information from the patient about possible cause. If patient does not need emergency care, consider not scheduling or seeing the patient until symptoms resolve.
Are you experiencing more than one of the following symptoms: shortness of breath, dry cough, sore throat, unexplained muscle pain, headache or nausea, new loss of taste or smell?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	If patient answers "yes," note the symptoms reported and seek additional information from the patient about possible cause. If patient does not need emergency care, consider not scheduling or seeing the patient until symptoms resolve.

Screening questions	Date: / / Date: / / Staff initial: ____ Staff initial: ____		Notes
Even if you don't currently have any of the above symptoms, have you experienced more than one 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>
Have you been advised to quarantine due to close contact with someone diagnosed with COVID-19?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<i>If yes, ask when the quarantine period ends and set appointment time after that date.</i>
Have you been tested for COVID-19 in the last 14 days? <i>If "no," proceed to next question.</i> <i>If yes,</i> what is the result of the testing? <i>If negative,</i> proceed to next question. <i>If still waiting on results,</i> schedule appointment after results are known.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unsure <input type="checkbox"/> Positive	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <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 out of state or out of country in the last 14 days?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<i>Fully vaccinated individuals need not quarantine, according to the CDC. Know your county's health officer orders with regard to non-essential travel by individuals not vaccinated for COVID-19. The county orders will have quarantine recommendations.</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.

Nombres del paciente/padre o madre/tutor: _____

Preguntas de evaluación	Fecha: / / Fecha: / / Iniciales del personal: _____ Iniciales del personal: _____		Notas
¿Está totalmente vacunado para la COVID-19?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<p>Se considera que una persona está totalmente vacunada si han pasado más de 2 semanas desde que recibió la última dosis de una vacuna de 2 dosis (por ejemplo, Moderna o Pfizer) o una vacuna de dosis única (J&J).</p> <p>Si la respuesta es sí, evalúe los síntomas solamente y no el contacto estrecho, test de COVID-19 o viaje. En la ficha del paciente se debe anotar la evaluación de observación, en lugar de preguntar sobre los síntomas o hacer que el paciente complete un formulario.</p>
¿Tiene fiebre o una temperatura superior a la normal (>100.0 °F)? Mida la temperatura en la cita.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<p>Si el paciente responde "sí", anote los síntomas informados y busque información adicional del paciente sobre la posible causa. Si el paciente no necesita atención de emergencia, considere no programar ni ver al paciente hasta que los síntomas se resuelvan.</p>
¿Está experimentando más de uno de los siguientes síntomas: dificultad para respirar, tos seca, dolor de garganta, dolor muscular sin explicación, cefalea o náuseas, nueva pérdida del gusto o del olfato?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<p>Si el paciente responde "sí", anote los síntomas informados y busque información adicional del paciente sobre de la causa posible.</p> <p>Si el paciente no necesita atención de emergencia, considere no programar ni ver al paciente hasta que los síntomas se resuelvan.</p>

Preguntas de evaluación	Fecha: / / Fecha: / / Iniciales del personal: _____ Iniciales del personal: _____		Notas
<p>Incluso si actualmente no está experimentando ninguno de los síntomas anteriores, ¿ha experimentado más de uno de estos síntomas en los últimos 14 días?</p>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<p>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.</p>
<p>¿Le han advertido que haga una cuarentena debido a un contacto estrecho con alguien diagnosticado con COVID-19?</p>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<p>Si la respuesta es afirmativa, pregunte cuándo termina el período de cuarentena y establezca un horario de cita después de esa fecha.</p>
<p>¿Le han hecho la prueba de COVID-19 en los últimos 14 días? En caso negativo, pase a la siguiente pregunta.</p> <p>En caso afirmativo, ¿cuál es el resultado de la prueba?</p> <p>En caso negativo, pase a la siguiente pregunta.</p> <p>Si todavía espera los resultados, programe una cita después de que se conozcan.</p>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro <input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro <input type="checkbox"/> Positivo	<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 fuera del estado o del país en los últimos 14 días?</p>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<p>Las personas totalmente vacunadas no necesitan hacer cuarentena, de acuerdo con los CDC. Conozca las órdenes del funcionario de salud de su condado con respecto a los viajes no esenciales de personas no vacunadas para la COVID-19. Las órdenes del condado tendrán recomendaciones acerca de la cuarentena.</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 _____