

## CUESTIONARIO DEL COVID-19

### DIVULGACIONES DEL PACIENTE:

Este formulario de divulgaciones del paciente busca información de usted que nosotros debemos considerar antes de tomar decisiones de tratamiento en la circunstancia del virus COVID-19.

Un sistema inmunológico débil o comprometido (incluyendo pero no limitado a condiciones como diabetes, asma, EPOC, tratamientos de cáncer, radiación, quimioterapia y cualquier enfermedad o condición médica actual), puede ponerlo a usted a un mayor riesgo de contraer COVID-19. Por favor, divulgue a nosotros cualquier condición que comprometa su sistema inmunológico y entienda que podemos pedirle a usted que considere reprogramar su tratamiento después de discutir dichas condiciones con nosotros.

Es también importante que usted divulgue a esta oficina cualquier indicación de que ha estado expuesto al COVID-19, o si usted ha experimentado cualquier signo o síntoma asociado con el virus del COVID-19.

	Si	No
¿Tiene usted una fiebre o una temperatura arriba de la normal? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha experimentado dificultad para respirar o problemas para respirar? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene usted tos seca? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene usted secreción nasal? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha perdido recientemente o ha tenido una reducción en su sentido del olfato? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene usted ardor en la garganta? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha estado usted en contacto con alguien que ha dado positivo para el COVID-19? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha dado usted positivo para el COVID-19? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha sido usted examinado para el COVID-19 y está al tanto de los resultados? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha viajado usted fuera de los Estados Unidos vía aérea o en un crucero en los últimos 14 días? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha viajado usted dentro de los Estados Unidos vía aérea, a través de bus o tren en los últimos 14 días? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Yo entiendo completamente y reconozco la información anterior, los riesgos y advertencias en relación a un sistema inmunológico comprometido y he divulgado a mi proveedor cualquier condición en mi historial de salud que puede resultar de un sistema inmunológico comprometido.

Al firmar este documento, yo reconozco que las respuestas que he brindado anteriormente son verdaderas y precisas.

X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_  
 Firma del Paciente (Padre o Guardián si es un Menor de Edad)      Testigo      Fecha

### TRATAMIENTO DENTAL DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19 FORMULARIO DE AVISO Y RECONOCIMIENTO DE RIESGO

La Organización Mundial de la Salud ha caracterizado el virus COVID-19, también conocido como "Coronavirus", como una pandemia. Nuestra práctica médica quiere asegurarse de que usted esté enterado de los riesgos de exposición al COVID-19 asociados con recibir un tratamiento durante esta pandemia.

El COVID-19 es altamente contagioso y tiene un largo período de incubación. Usted o sus proveedores de cuidado de salud pueden tener el virus, no mostrar síntomas y, sin embargo, ser altamente contagiosos. El COVID-19 puede resultar en una enfermedad respiratoria potencialmente mortal en algunos pacientes. Usted puede estar expuesto al COVID-19 en cualquier momento o en cualquier lugar. Debido a la frecuencia y el momento de las visitas de otros pacientes dentales, las características del virus, y las características de los procedimientos dentales, existe un riesgo elevado de contraer el virus simplemente por estar en un consultorio dental.

Los procedimientos dentales pueden crear un fino rocío de agua o "aerosoles" que pueden permanecer en el aire durante varios minutos a horas. Estos aerosoles pueden contener el virus del COVID-19 y pueden crear un riesgo de exposición al COVID-19. Usted no puede usar una máscara protectora sobre la boca para reducir la exposición durante el tratamiento, ya que sus proveedores del cuidado de salud necesitan acceso a su boca para brindarle atención. Esto lo deja vulnerable a la transmisión del COVID-19 mientras recibe tratamiento dental.

Para proporcionar un entorno seguro para nuestros pacientes y personal, esta práctica sigue las regulaciones y protocolos estatales y federales aplicables para el control de infecciones, la protección personal universal y la desinfección. Sin embargo, debido a la naturaleza de los procedimientos que proporcionamos, es posible que no sea posible mantener el distanciamiento social entre los pacientes, los médicos y el personal en todo momento.

#### Reconocimiento del Paciente

Yo reconozco que he leído el Aviso anterior y que yo entiendo y acepto que existe un aumento en el riesgo de exposición al COVID-19 con el tratamiento durante la pandemia.

Yo entiendo y acepto el aumento en el riesgo por exposición al COVID-19 con el tratamiento en este consultorio.

Yo también reconozco que yo puedo, o pude haber tenido exposición al COVID-19 fuera de esta oficina en una visita no relacionada con esta.

X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_  
 Firma del paciente (Padre o Guardián del Menor de Edad)      Fecha

**POR FAVOR IMPRIMIR**

**Fecha** \_\_\_\_\_

**Información del Paciente**

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ M F Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_ S C V D Sep  
Dirección del Paciente \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_ #SS \_\_\_\_\_  
# de Teléfono del Hogar \_\_\_\_\_ # de Celular \_\_\_\_\_ Dirección de Correo Electrónico \_\_\_\_\_  
# de Licencia de Conducir \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ # de Teléfono \_\_\_\_\_  
A quién contactamos en caso de emergencia \_\_\_\_\_ # de Teléfono \_\_\_\_\_

**Parte Responsable** (si el paciente es un menor de edad)

La persona que trae al menor el día de hoy \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_  
Dirección del hogar \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_  
# del Hogar \_\_\_\_\_ # de Celular \_\_\_\_\_ # del Pariente Más Cercano \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ #SS \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_ S C V D Sep Nombre del Cónyuge \_\_\_\_\_  
Empleado por \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ # de Teléfono \_\_\_\_\_

**Información Financiera**

Com. de Seg Médico \_\_\_\_\_ Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ #SS \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Com. de Seg Médico \_\_\_\_\_ Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ #SS \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Com. de Seg Dental \_\_\_\_\_ Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ #SS \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Com. de Seg Dental \_\_\_\_\_ Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ #SS \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Nombre del Dentista \_\_\_\_\_ # de Teléfono \_\_\_\_\_  
¿Quién lo remitió a usted a este consultorio? \_\_\_\_\_ ¿Ha sido atentado antes en este consultorio? \_\_\_\_\_

**Política Financiera**

Se espera el pago total en el momento del servicio. Hacemos todo lo posible para reducir el costo de su cuidado de salud. Se pueden hacer otros arreglos con nuestro coordinador financiero dependiendo de circunstancias especiales. Si usted lo solicita, se le proporcionará una estimación del cargo por cualquier procedimiento o cirugía que pueda necesitar. Si tiene algún problema del seguro dental y / o médico, estaremos encantados de completar los formularios correspondientes, pero complete la información de identificación en este formulario.

Recuerde que el seguro se considera un método de reembolso al paciente por los honorarios pagados al médico y no es un sustituto del pago. Algunas empresas pagan asignaciones fijas por ciertos procedimientos y otras pagan un porcentaje del cargo. Es su responsabilidad pagar cualquier monto de deducible, coaseguro y / o cualquier otro saldo no pagado por su compañía de seguros.

Forma del Pago del Día de Hoy      Efectivo     Cheque     MasterCard / VISA / Discover     Tarjeta de Crédito

PREMED

HORA:

**HISTORIAL MÉDICO**

Estatura _____ Peso _____			<b>Ha tenido usted alguno de los siguientes</b>	
¿Ha estado bajo cuidado de un doctor durante el año pasado?	Si	No	<input type="checkbox"/> Problema Cardíaco	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal
¿Usted ha estado hospitalizado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Reemplazo de Válvula	<input type="checkbox"/> Sangrado prolongado
¿Fuma o Toma? Si ___ No ___ ¿Qué tan frecuentemente? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Infección Cardíaca	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre
¿Tiene usted un resfriado o una enfermedad del tracto respiratorio superior ahora?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Presión Alta / Baja	<input type="checkbox"/> Infección severa
Mujeres: ¿Está usted embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Epilepsia
¿Tiene dolor o golpeteo en la mandíbula?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Reemplazo de Articulaciones	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
¿Ha comido o tomado algo en las últimas seis horas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> Osteoporosis
¿Quiere irse a dormir para esta cirugía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Desmayo
			<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Ataques
			<input type="checkbox"/> Tratamiento Psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Enfermedad en los huesos
			<input type="checkbox"/> Complicaciones por Anestesia	<input type="checkbox"/> Asma / EPOC
			<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Apnea del sueño
			<input type="checkbox"/> Otro	

Es usted alérgico a, o usted alguna vez ha tenido una reacción inusual a:			Marque cualquier medicamento que usted tome ahora o que ha tomado en los últimos seis meses:	
<input type="checkbox"/> Demerol	<input type="checkbox"/> Penicilina	<input type="checkbox"/> Aspirina	<input type="checkbox"/> Antibióticos	<input type="checkbox"/> Medicamentos IV
<input type="checkbox"/> Barbitúricos	<input type="checkbox"/> Tranquilizantes	<input type="checkbox"/> Codeína	<input type="checkbox"/> Medicina para la presión alta	<input type="checkbox"/> Cortisona (esteroides)
<input type="checkbox"/> Valium	<input type="checkbox"/> Anestésias Dentales Locales	<input type="checkbox"/> Látex	<input type="checkbox"/> Anticoagulantes	<input type="checkbox"/> Pastillas para la dieta
<input type="checkbox"/> Huevo	<input type="checkbox"/> Ninguna Alergia Conocida		<input type="checkbox"/> Tranquilizantes o pastillas para los nervios	<input type="checkbox"/> Insulina
			<input type="checkbox"/> Nitroglicerina	<input type="checkbox"/> Otro
			<input type="checkbox"/> Vitaminas / Suplementos Herbales	<input type="checkbox"/> Med. de densidad ósea
			<input type="checkbox"/> Ninguno	

Medicamentos Actuales; Nombre y Dosis, si es conocida

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Fecha de la última examinación física \_\_\_\_\_ Dr. \_\_\_\_\_

Yo certifico que he leído y entiendo las preguntas anteriores, reconozco que mis preguntas, si las hubiera, sobre las consultas establecidas anteriormente han sido respondidas a mi satisfacción. No responsabilizaré a mi médico ni a ningún otro miembro de su personal por ningún error u omisión que haya cometido al completar este formulario.

Yo autorizo a mi cirujano y a su personal designado a realizar un examen oral y maxilofacial, con el propósito de diagnosticar y planificar el tratamiento. Además, yo autorizo la toma de todas las radiografías requeridas como parte necesaria de este examen.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Relación con el paciente, si es un menor \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE  
PARA USO / DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL CUIDADO DE LA SALUD**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

NSS: \_\_\_\_\_ Nombre Previo: \_\_\_\_\_

Solicito que la compañía de seguros autorice el pago a esta oficina y autorice Lakeview Oral Surgery & Dental Implant Center, Maurizio Mirabelli, D.D.S. o Christopher B. Beck, D.D.S para divulgar información médica del paciente mencionado anteriormente a:

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

Esta solicitud y autorización aplica a:

- Toda la información del cuidado de salud  
 Otro: \_\_\_\_\_

Yo deseo ser contactado de la siguiente manera (marque todos los que apliquen):

**Teléfono del Hogar / Teléfono Móvil**

**Teléfono del Trabajo**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Está bien dejar un mensaje con información detallada | <input type="checkbox"/> Está bien dejar un mensaje con información detallada |
| <input type="checkbox"/> Dejar mensaje solo con número para devolver llamada  | <input type="checkbox"/> Dejar mensaje solo con número para devolver llamada  |

**Comunicación Escrita**

- Está bien enviar un correo a mi dirección del hogar
- Está bien enviar un correo a mi dirección del trabajo / oficina
- Está bien enviar un fax al número o lugar indicado \_\_\_\_\_

Al firmar, reconozco que he recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de esta práctica médica (que se puede ver en [www.lakevieworalsurgery.com](http://www.lakevieworalsurgery.com)) y este consentimiento continuará indefinidamente. Yo entiendo por qué se me ha pedido que divulgue esta información y soy consciente de que mis derechos como paciente están identificados en el Aviso de Prácticas de Privacidad de esta práctica médica. Yo entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Yo entiendo que si revoco esta autorización, debe hacerse por escrito y presentarse al departamento de administración de información médica. Yo entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se ha divulgado en respuesta a esta autorización. Yo entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le otorgue a mi aseguradora el derecho a impugnar un reclamo bajo mi póliza.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante autorizado del paciente Fecha en que se Firma

\_\_\_\_\_  
Relación o estatus si se firma por parte de alguien distinto al paciente (padre, guardián legal, representante personal, etc.)

\_\_\_\_\_  
Testigo Fecha en que se Firma

LAKEVIEW ORAL SURGERY & DENTAL IMPLANT CENTER  
MAURIZIO MIRABELLI, D.D.S.  
CRISTOPHER B. BECK, D.D.S.

1903 TENTH AVENUE  
PORT HURON, MI 48060  
810-985-3200

30070 TWENTY-THREE MILE ROAD  
CHESTERFIELD, MI 48047  
586-598-8744

Fecha: \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ entiendo que Lakeview Oral Surgery & Dental Implant Center pueden estar dentro / fuera de mi red de seguro dental / médico. Yo entiendo que soy responsable por todos los cargos que mi compañía de seguro no pague, lo cual puede incluir deducibles, copagos y reducciones debido a tarifas típicas y habituales.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente / Fiador