



### **CUESTIONARIO Y CONSENTIMIENTO DEL COVID-19**

Con la transmisión comunitaria de enfermedades contagiosas, usted podría estar expuesto en cualquier lugar a enfermedades infecciosas que incluyen, entre otras, COVID-19 (también llamado Coronavirus). Nuestra oficina sigue las regulaciones del CDC y los protocolos de desinfección y protección personal universales recomendados para limitar la transmisión de enfermedades transmisibles. El distanciamiento social ha reducido la transmisión de COVID-19, sin embargo no es posible brindar tratamiento oftálmico con distanciamiento social entre el paciente, oftalmólogo, optometrista, personal y otros pacientes.

Es posible que estas precauciones no siempre tengan éxito en bloquear la transmisión de estas enfermedades. Al presentarse a usted mismo o a su familia para un tratamiento oftálmico, asume y acepta el riesgo de que usted o su familia puedan estar expuestos inadvertidamente a una enfermedad contagiosa.

Si ha estado expuesto a una enfermedad contagiosa antes de su cita oftálmica, puede transmitir la enfermedad al oftalmólogo, optometrista, personal y otros pacientes en la práctica. Por lo tanto, antes de cada cita, le pedimos que responda las siguientes preguntas:

- 1. ¿Usted, su familia u otras personas que lo acompañen a la cita de hoy han dado positivo en la prueba o se les ha diagnosticado COVID-19?**  
 Sí  No **En el caso afirmativo, ¿cuándo? Fecha** \_\_\_\_\_
- 2. ¿Ha viajado fuera de los EEUU o fuera del área de Nueva Jersey, Nueva York y Connecticut en los últimos 14 días (2 semanas)?**  Sí  No  
En caso afirmativo, dónde: \_\_\_\_\_

3. ¿Ha viajado o ha tenido un contacto cercano (miembro del hogar) fuera de los EE. UU. En los últimos 14 días (2 semanas)?  Sí  No  
En caso afirmativo, dónde: \_\_\_\_\_
4. ¿Ha estado en contacto con una persona que tiene síntomas similares a los de la gripe, como tos, fiebre y dolor de cuerpo o cualquier otra enfermedad infecciosa conocida?  Sí  No
5. ¿Tiene fiebre (temperatura superior a 100,4 ° F (38 ° C))?  Sí  No
6. ¿Tiene tos, dificultad para respirar, opresión en el pecho o dolor de garganta?  Sí  No
7. ¿Ha estado vomitando o tiene diarrea?  Sí  No

Si alguno de ustedes tiene alguno de estos síntomas o ha dado positivo recientemente o ha sido diagnosticado con COVID-19, se le pedirá que cambie su cita.

**¿Reconoce y acepta el riesgo de exposición en nuestra oficina de oftalmología a una enfermedad contagiosa, incluida, entre otras, COVID-19, y da su consentimiento para el tratamiento?  Sí  No**

Nombre Del Paciente: \_\_\_\_\_

Firma Del Paciente: \_\_\_\_\_

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

Si el paciente es menor de edad, se pide a un guardián que firme a continuación.

Nombre Del Guardián: \_\_\_\_\_

Firma Del Guardián: \_\_\_\_\_

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