



## **Fielfer Murga, DDS**

**1010 Bridge Blvd. SW Suite E Albuquerque, NM 87105 Tel (505) 877-0435 Fax (505) 873-8381**

Para garantizar la seguridad de nuestros pacientes y personal, todos los pacientes y familiares que ingresen a este centro deben completar el siguiente cuestionario antes de cada visita.

Coloque una "X" en el cuadro correspondiente a continuación, cada pregunta DEBE ser respondida

### **COVID-19 Cuestionario de Preselección**

- | <b>SI</b>                | <b>NO</b>                |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Usted o alguien con quien haya estado en contacto ha viajado al extranjero o ha estado en un crucero en los últimos 14 días?                         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ha viajado recientemente a un área con propagación local conocida de COVID-19?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Le han diagnosticado o está esperando pruebas relacionadas con un diagnóstico de sospecha de coronavirus (COVID-19)?                                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ha estado en contacto con alguien con un caso confirmado o sospechoso de coronavirus (COVID-19) en los últimos 14 días?                              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene fiebre (más de 100 grados F) o sistemas de enfermedades respiratorias como tos, dolor de garganta, dificultad para espirar o falta de aliento? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Es usted un profesional de primeros auxilios, trabajador de la salud, empleado o asistente de un centro médico?                                      |

**Reconoce que ha respondido todas las preguntas con sinceridad?**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/Padre. Tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

Temperatura en la cita: \_\_\_\_\_ (Para ser completado por el personal de la oficina)