

# Smile Design Dental, P.A.

## Patient Screening Form

I, \_\_\_\_\_ knowing and willingly consent to have the dental services during the COVID-19 pandemic and will not hold anyone or SMILE DESIGN DENTAL liable for the possibility of contracting COVID-19

1. Have you been diagnosed with COVID-19 or are you currently awaiting results? Y / N

2. Do you have any of the following symptoms: Sore throat, Fever, Cough, Difficult Breathing or Shortness of Breath? Y / N

3. Do you have any flu-like symptoms, headache, muscle aches or fatigue? Y / N

4. Have you recently lost your sense of smell or taste? Y / N

5. Do you have any GI symptoms? Diarrhea? Nausea? Y / N

6. Have you experienced any of these symptoms in the last 14 days even if you do not currently have any of the above symptoms? Y / N

7. Have you exposed to anyone being tested for, or diagnosed with COVID-19 in the last 14 days? Y / N

8. Have you traveled within the U.S. by bus, train or air within the last 14 days? Y / N

9. Have you traveled outside the U.S. by bus, train or air within the last 14 days? Y / N

10. Do you have heart disease, lung disease, kidney disease, diabetes or any auto-immune disorder? Y/N

11. Are you over 60 years of age? Y / N

Patient/Guardian Signature: X \_\_\_\_\_ Date: X\_\_\_\_\_

# Smile Design Dental, P.A.

## Formulario de evaluación del paciente

Yo, \_\_\_\_\_ sabiendo y consintiendo voluntariamente tener los servicios dentales durante la pandemia de COVID-19 y no responsabilizará a nadie ni a SMILE DESIGN DENTAL por la posibilidad de contraer COVID-19.

1. Le han diagnosticado COVID-19 o está esperando resultados actualmente? Si / No
2. Tiene alguno de los siguientes síntomas: dolor de garganta, fiebre, tos, respiración difícil o falta de aliento? Si / No
3. Tiene algún síntoma similar a la gripe, dolor de cabeza, dolor muscular o fatiga? Si / No
4. Has perdido recientemente tu sentido del olfato o del gusto? Si / No
5. Tienes algún síntoma gastrointestinal? ¿Diarrea? ¿Náusea? Si / No
6. Ha experimentado alguno de estos síntomas en los últimos 14 días, incluso si actualmente no tiene ninguno de los síntomas anteriores? Si / No
7. Se ha expuesto a alguien a quien se le realizó la prueba o se le diagnosticó COVID-19 en los últimos 14 días? Si / No
8. Ha viajado dentro de los EE. UU. En autobús, tren o avión en los últimos 14 días? Si / No
9. Ha viajado fuera de los EE. UU. En autobús, tren o avión en los últimos 14 días? Si / No
10. Tiene enfermedad cardíaca, enfermedad pulmonar, enfermedad renal, diabetes o algún trastorno autoinmune? Si / No
11. Tienes más de 60 años? Si / No

Firma del Paciente / Guardiana X \_\_\_\_\_ Fecha: X \_\_\_\_\_