

CUESTIONARIO PARA CITAS VIA TELEFÓNICA-EN LINEA /PRESENCIALES

Nombre del paciente: _____

*Edad: _____

*Sexo: _____

*Ocupación: _____

*Lugar de residencia: _____

*Nos ayudan a determinar si es un paciente que se encuentra en algún grupo de riesgo.

SECCIÓN 1: PREGUNTAS SOBRE ESQUEMA DE VACUNACIÓN

¿Ha recibido alguna vacuna contra la COVID-19?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> *NO
Si su respuesta fue afirmativa, señale el nombre de la vacuna y el número de dosis si es necesario.	*Si su respuesta fue negativa, pase a la sección 2 de este cuestionario.
VACUNA	DOSIS
Pfizer <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1ra. 2da. (Esquema completo)
Moderna <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1ra. 2da. (Esquema completo)
Astra-Zeneca <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1ra. 2da. (Esquema completo)
Johnson & Johnson <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dosis única
CanSino <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dosis única
Sinovac <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1ra. 2da. (Esquema completo)
Sputnik-V <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1ra. 2da. (Esquema completo)

NOTA: Si cuenta con el comprobante o certificado de vacunación, por favor presentarlo el día de su cita.

SECCIÓN 2: PREGUNTAS SOBRE SINTOMATOLOGÍA DE LA COVID-19

	Vía telefónica	En consulta
	FECHA:	FECHA:
En los últimos 14 días usted:		
Ha presentado fiebre (Temperatura superior a los 37.5 °C)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SI NO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SI NO
Ha presentado o presenta dificultad para respirar?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SI NO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SI NO
Ha presentado o presenta tos o dolor de garganta?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SI NO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SI NO
Ha presentado o presenta alteraciones gastrointestinales (vómito, diarrea), dolor de cabeza o fatiga?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SI NO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SI NO
Ha presentado o presenta conjuntivitis (molestias en los ojos), pérdida del gusto o el olfato?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SI NO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SI NO
Ha estado en contacto con alguna persona con diagnóstico confirmado de COVID-19?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SI NO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SI NO
Ha viajado en los a alguna región afectada por el COVID 19?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SI NO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SI NO
Ha estado en contacto con personas procedentes de regiones de alto riesgo de contagio?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SI NO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SI NO
PREGUNTAS RELACIONADAS A SALUD SISTÉMICA Y ODONTOLÓGICA:		
Padece usted alguna alteración cardiovascular, pulmonar, renal o autoinmune? (Preguntar en lenguaje coloquial)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SI NO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SI NO
Presenta dolor en algún diente?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SI NO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SI NO
Presenta inflamación o sangrado en alguna zona de la cavidad bucal causado por una extracción o cirugía?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SI NO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SI NO
Ha recibido algún tipo de traumatismo que ocasione fractura o pérdida diente?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SI NO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SI NO
Presenta algún problema con tratamientos previos como prótesis fijas o removibles.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SI NO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SI NO

*Tomado y modificado de:

- Return to Work Interim Guidance Toolkit. *American Dental Association*. <https://www.ada.org/en>
- Suggestions for the management of a dental clinic during the COVID-19. *European Federation of Periodontology*. <https://www.efp.org>
- PLAN ACCIÓN DENTAL PARA EL PERIODO POSTEPIDÉMICO COVID-19 realizado por la *Organización Colegial de Dentistas de España* en colaboración con la *Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral*. <https://www.consejodentistas.es/> <http://sespo.es/>