



EL SIGUIENTE CUESTIONARIO DEBE ADMINISTRARSE POR VIA TELEFÓNICA PREVIA A LA ATENCIÓN

- De ser imposible esta vía, SE REALIZARÁ AL MOMENTO DE LLEGAR AL CONSULTORIO.
- Si el paciente fuera menor de edad RESPONDERÁ UNO DE LOS PADRES Y/O TUTORES.
- Las respuestas ABARCARÁN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS incluyendo el día de realización.
- Para todos los casos EL PERÍODO DE CONTACTO ESTRECHO SE CONSIDERARÁ DESDE LAS 48 HORAS PREVIAS AL INICIO DE SÍNTOMAS DEL CASO CONFIRMADO DE COVID-19

SI LAS RESPUESTAS INDICARAN UN CASO SOSPECHOSO EVITAR LA CONSULTA FONOAUDIOLÓGICA ORIENTANDO HACIA UNA CONSULTA MÉDICA PARA ACTIVAR EL PROTOCOLO COVID-19.

Profesional: Fecha:/...../.....
Apellido y Nombre: DNI Nº:.....
Nacionalidad Fecha de Nacimiento:/...../..... Domicilio:
..... Teléfono..... Correo Electrónico:

La firma y suscripción de este formulario TENDRÁ CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA Y DE CONSENTIMIENTO INFORMADO AL NOTIFICAR AL PACIENTE QUE EL PRESTADOR CUMPLIRÁ CON EL PROTOCOLO APROBADO Y EXIGIDO POR EL COES MINISTERIO DE SALUD DE ENTRE RIOS RES. Nº1547/20 MS.

1. ¿Ha tenido una temperatura mayor a 37,5 grados (“de fiebre”)? SI / NO
¿Ha tenido dolor de garganta? SI / NO ¿Ha tenido tos? SI / NO
¿Ha padecido dolor muscular? SI / NO ¿Ha padecido dolor de cabeza? SI / NO
¿Ha tenido dificultad para respirar? SI / NO ¿Ha tenido diarrea o vómitos? SI / NO
¿Ha padecido pérdida del olfato? SI / NO ¿Ha padecido pérdida del gusto? SI / NO
2. ¿Algún FAMILIAR con el que convive presenta alguno de estos síntomas? SI / NO
3. ¿Algún CONTACTO RECIENTE presenta alguno de estos síntomas? SI / NO
4. En los últimos 14 días. ¿ha estado en contacto con casos confirmados de COVID19? SI / NO
5. En los últimos 14 días ¿ha viajado fuera del país? SI / NO
En los últimos 14 días ¿ha viajado a alguna zona de transmisión local comunitaria? SI / NO
6. Usted o alguien que convive con usted ¿es residente o personal que trabaje en instituciones cerradas o de internación prolongada? (penitenciarias, hogares de adultos mayores, hogares infantiles, neuropsiquiátricos, centros de diálisis o centros oncológicos) SI / NO
¿Es residente o personal que trabaje como personal esencial? (Fuerzas de seguridad, Fuerzas armadas, asistencia a personas mayores) SI / NO
7. ¿Se encuentra usted en alguna de estas situaciones especiales?: ¿en diálisis, en tratamiento oncológico, Inmunodeprimido o donante de órganos?
8. En los últimos 14 días ¿ha estado usted en contacto con personal de salud que no haya usado equipo de protección adecuado? SI / NO

En la ciudad de a los..... del mes de.....de 202..., declaro con el alcance de DECLARACIÓN JURADA y bajo las normas de CONSENTIMIENTO INFORMADO, que al momento de suscribir la presente DECLARACIÓN JURADA **NO / SI** manifesté síntomas de CORONAVIRUS (COVID-19), que el profesional me ha indagado e informado todo lo expuesto anteriormente y que PRESTO MI CONFORMIDAD para PROCEDER A RECIBIR /SUSPENDER A LA ATENCIÓN EN CONSULTORIO EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19.

Firma:

Aclaración: