

# CUESTIONARIO EVALUACIÓN RIESGO DE CONTAGIO PARA ATENCIÓN DE PACIENTE EN ODONTOLOGÍA

## SIGNOS CLINICOS

## PREGUNTAS

## Respuesta

**Respiratorio**

¿Tiene o ha tenido tos o cualquier otro signo respiratorio en los últimos 14 días?

Si No

**Digestivo**

¿Tiene o ha tenido diarrea o cualquier otro signo digestivo en los últimos 14 días?

Si No

**Malestar General**

¿Tiene o ha tenido escalofríos, temblores en el cuerpo, dolor de cabeza, garganta o muscular, cansancio en los últimos 14 días?

Si No

**Convivencia**

¿Ha estado contacto con una persona contagiada o en sospecha de covid-19?

Si No

**Covid-19**

¿Ha sido ud diagnosticado con la enfermedad de covid-19?

Si No

**Cuarentena**

Si ha superado la enfermedad. ¿sigue Ud. en cuarentena?

Si No

**Perdida Olfato/Gusto**

¿Ha notado una pérdida en el sentido del olfato o del gusto en los últimos 14 días?

Si No


**Fiebre**

¿Tiene o ha tenido fiebre en los últimos 14 días? (Temperatura mayor a 37.5°C)

Si No

## TOMA DE DECISIÓN

Alguna pregunta ha sido afirmativa y **NO presenta fiebre**, se recomienda posponer el tratamiento por 14 días.

Alguna pregunta ha sido afirmativa y **SI presenta fiebre**, posibilidad de contagio, recomendar al paciente seguir protocolo con línea 169 ó  69972539 aplicativo ROSA. Solo atender en caso de urgencia con protocolos adecuados de bioseguridad

Todas las preguntas la **respuesta es NO** y el paciente **NO tiene fiebre** se puede atender con los protocolos adecuados de bioseguridad