



## Confederación Odontológica de la República Argentina

### CUESTIONARIO PARA PACIENTES

*Este cuestionario tiene carácter de obligatorio y deberá ser respondido para evaluar la posibilidad de atención.*

Nombre y Apellido:

DNI:

1. ¿Tiene fiebre o la ha tenido en los últimos 14 días?
2. ¿Ha tenido problema respiratorio (incluyendo tos) en los últimos 14 días?
3. ¿Tuvo o tiene alteraciones en el gusto o el olfato en los últimos 14 días?
4. ¿Ha viajado a países de riesgo en los últimos 14 días?
5. ¿Ha estado en contacto con alguna persona con confirmación de coronavirus?
6. ¿Ha estado en contacto estrecho con personas que presentaban cuadro respiratorio agudo en los últimos 14 días?
7. ¿Ha viajada o reside en zonas de transmisión local (ya sea comunitaria o por conglomerados) de COVID-19 en la Argentina?

***Estimado paciente:*** No es necesario descargar ni imprimir este cuestionario, solo enviar todas las respuestas por este medio: Luego de recibidas, nos comunicaremos con usted para orientarlo en su atención. Una vez en el consultorio, deberá suscribir una copia de igual tenor.  
*Muchas gracias*