

Today's Date: \_\_\_\_\_

## Consentimiento Suplementario COVID-19

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

### Revise lo siguiente e INITIAL todos los que aplican:

\_\_\_\_\_ El paciente/tutor ha tenido cualquiera de los siguientes síntomas en los últimos 14 días: Fiebre, Tos, Dificultad para respirar O ha estado alrededor de una persona con estos síntomas.

\_\_\_\_\_ El paciente/tutor ha viajado en los últimos 14 días O ha estado alrededor de alguien que ha viajado dentro de los últimos 14 días. En caso afirmativo, dónde: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ El paciente/tutor ha sido confirmado o actualmente está bajo pruebas para COVID-19 o ha estado alrededor de cualquier persona que ha.

\_\_\_\_\_ Nada de lo anterior se aplica al Paciente/Guardián

Yo, \_\_\_\_\_, certificar que las declaraciones anteriores iniciales son fieles a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que cualquier información falsa dada podría ser peligrosa para mí, mi hijo y/o otras personas a mi alrededor. Conozco el Estado de Emergencia Nacional que los Estados Unidos se encuentran con respecto a COVID-19. Reconozco que existe el riesgo de exposición a COVID-19 a mí y a mi hijo (si el paciente es menor de edad) cuando no está aislado de otras personas.

Acepto todos los riesgos asociados con ser vistos durante esta crisis y opto por ser visto por Healthy Smiles en esta fecha.

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del documento de firma de la persona

\_\_\_\_\_  
Patient/ Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Fecha