

Diaverum, autoevaluación para la COVID-19 antes de la admisión

Estimado Sr. / Sra.,

Para garantizar la salud y seguridad de nuestros pacientes y personal, le pedimos que lea atentamente y responda las siguientes preguntas:

Nombre: _____

Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Teléfono de contacto: _____

COVID-19 infección

¿Ha padecido la COVID-19 o ha resultado positivo por SARS-CoV-2? ☐ SI ☐ NO

En caso AFIRMATIVO: ¿ha finalizado la recomendación de aislamiento/cuarentena? If YES: when and by whom? ☐ SI ☐ NO

Auto informe

¿Está experimentando actualmente alguno de los siguientes síntomas o ha tenido estos síntomas en los últimos 14 días? (Por favor, marque todos los que correspondan)

- | | | | |
|--|---|--|--|
| ☐ Fiebre > 38°C | ☐ Dificultad para respirar | ☐ Fatiga inusual | ☐ Dolor de cabeza |
| ☐ Tos seca | ☐ Diarrea | ☐ Dolor de garganta | ☐ Escalofríos |
| ☐ Pérdida de olfato | ☐ Resfriado | ☐ Dolor muscular | |

¿Ha estado en contacto con personas en cuarentena / aislamiento? (solo personas que vivan en la misma casa) en los últimos 14 días? ☐ SI ☐ NO

En caso AFIRMATIVO: ¿desde cuándo y hasta cuándo? _____

¿Ha estado en contacto estrecho con un caso confirmado de COVID-19 en los últimos 14 días? ☐ SI ☐ NO

En caso AFIRMATIVO: ¿cuándo y cómo? _____

¿Ha habido casos confirmados de COVID-19 en su clínica de diálisis en los últimos 14 días? ☐ SI ☐ NO

En caso AFIRMATIVO: ¿en su misma sala de tratamiento/turno? ☐ ☐ SI NO

¿Vive en una residencia de la tercera edad, un hogar residencial comunitario, asiste a un centro de día o recibe atención domiciliar de una institución que ha tenido casos de COVID-19 en los últimos 14 días? ☐ SI NO

Trabaja en una institución de prestación de cuidados/enseñanza/comunitaria, clínica u hospital donde se han producido casos de COVID-19 y estaba dando atención directa? ☐ SI NO

Informe al coordinador de diálisis de Diaverum y a la clínica de Diaverum por teléfono en caso de cambios o nueva información sobre las preguntas anteriores, antes de su llegada a la Clínica de Diaverum.

Si la evaluación ha sido realizada por un miembro del personal de Diaverum

Fecha: _____

Firma: _____

En caso de haber recibido la autoevaluación con anterioridad, confirme que no hay nueva información sobre las preguntas anteriores:

Fecha: _____

Firma del paciente: _____

Decisión del médico sobre la admisión del paciente: ☐ SI ☐ NO

Fecha: _____

Firma del médico: _____