



COVID19 Pandemia examen esencial de los ojos y formulario de consentimiento de tratamiento

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Lea las siguientes declaraciones e iniciales junto a las siguientes declaraciones para indicar su acuerdo. Si no puede confirmar positivamente todas estas preguntas, se le pedirá que posponga o re programe su visita para una fecha posterior.

_____ Actualmente no tengo, ni he tenido en las últimas dos semanas, fiebre, tos, falta de aliento o dificultad para respirar, escalofríos, dolor muscular, dolor de cabeza, dolor de garganta, pérdida del olfato/sabor o otros síntomas de resfriado.

_____ Hasta donde sé, no tengo ni he estado en contacto directo con alguien que haya confirmado el diagnóstico de COVID19 o un resultado presuntamente positivo de la prueba COVID19 en los últimos 30 (treinta) días.

_____ Ni yo ni nadie que viva en mi hogar inmediato hemos viajado fuera del estado en los últimos 30 días.

Al firmar este formulario a continuación, acepto que no responsabilizaré personalmente al Doctor ni a ningún miembro de su personal si yo, o alguien con quien tengo contacto, llegara a ser positivo o presuntamente diagnosticado con el virus COVID19. Hay ciertos riesgos inherentes asociados con un examen ocular durante una pandemia y asumo toda la responsabilidad por la enfermedad personal que pueda resultar y liberar y dar de alta al Doctor y al personal por lesiones, pérdidas o daños que surjan de mi visita. Entiendo que la infección por COVID19 puede provocar enfermedad, discapacidad o incluso la muerte, y a sabiendas corro el riesgo de exposición, ya que considero que mi examen ocular es esencial para el mantenimiento de mi visión.

IMPRIMIR NOMBRE LEGAL

FIRMA

FECHA

For Office Use Only

TEMPERATURE:

O2 READING:

%