

CUESTIONARIO PRE-QUIRÚRGICO Covid 19 PARA CIRUGÍA ELECTIVA HCVM

Nombre del Paciente:
Nombre del Médico:
Fecha:

Señale si en los últimos 7 días el paciente ha presentado:			
1	Malestar general	No	Sí
2	Calofríos	No	Sí
3	Fiebre	No	Sí
4	Cefalea no habitual	No	Sí
5	Mialgias	No	Sí
6	Odinofagia	No	Sí
7	Perdida del olfato y/o gusto (anosmia y/o ageusia)	No	Sí
8	Tos	No	Sí
9	Coriza	No	Sí
10	Dificultad Respiratoria	No	Sí

Señale si en los últimos 14 días el paciente:			
11	Habita en su casa con mas de 10 personas y sin medidas de protección	No	Sí
12	Ha tomado contacto con personas enfermas en visitas, trabajo o en su casa.	No	Sí
13	Alguno de los habitantes de su domicilio atendió o estuvo en contacto con enfermos	No	Sí
14	Se expuso a contactos sin protección en su Casa, Trabajo u otro (mascarilla y distancia)	No	Sí
15	Si podrá mantenerse en su casa aislado por 7 días después del Alta	No	Sí

PROTOCOLO:

Con todas las Respuestas Negativas se procede a programar la Cirugía.

Con una o mas respuestas positivas:

A.- Se suspende cirugía

B.- Se le explica al paciente la necesidad de corregir, la o las, características afirmativas

C.- Se aplica nuevamente la encuesta al paciente 14 días después

Observaciones:

Firma del Medico

Firma del Paciente