

THE CENTER FOR COSMETIC SURGERY &



DEAN P KANE, MD, FACS, PA
LAURI P KANE, RD, MPH, SCD

EXECUTIVE CENTRE AT HOOKS LANE
1 RESERVOIR CIRCLE, SUITE 201 • BALTIMORE, MD 21208
DeanKane@DrDeanKane.com • www.DrDeanKane.com
410.602.3322

Nombre: _____ Fecha: _____ MR# _____ Staff Initials: _____

COVID19 Cuestionario para pacientes

Estimado paciente: En interés de la SEGURIDAD PRIMERO, el Equipo Kane desea que comprenda que ha habido muchas modificaciones en nuestra práctica para brindarle un ambiente atento, seguro y eficaz. Esperamos que comprenda que estos cambios son todo destinado a proteger tu bienestar. Por favor, háganos saber si podemos ayudarlo más. Gracias, Dean Kane, MD, FACS

Responda las siguientes preguntas para estratificar mejor su potencial de infección o portador del virus Corona (SARS-CoV-2). Esto determinará quién puede recibir los servicios actuales disponibles en nuestra práctica. Gracias por su comprensión.

Si o No	¿Ha estado fuera de los EE. UU. O Maryland Y se ha puesto en cuarentena durante los últimos 14 días?
Si o No	Durante los 14 días anteriores a hoy o su procedimiento planificado, ¿USTED ha tenido algún síntoma de COVID19? (incluidos, entre otros: fiebre superior a 100.0 grados F sin Tylenol, tos - húmeda o seca, falta de aliento, pérdida de sabor u olfato, pérdida de apetito, fatiga extrema, enrojecimiento de los ojos - conjuntivitis)?
Si o No	¿Has estado a menos de 6 pies de un individuo o grupo positivo COVID19?
Si o No	¿Ha estado a menos de 6 pies de una persona que haya dado positivo en la prueba de hisopo COVID o COVID19 prueba de anticuerpos ?
Si o No	¿Has estado en contacto con alguna persona con alguna enfermedad activa que no sea COVID19?
Si o No	Siempre usas una máscara sobre tu boca y nariz cuando estás fuera de casa?
Si o No	¿Tiene alguno de los siguientes riesgos adicionales? Más de 65 años, presión arterial alta, obesidad, diabetes, asma, EPOC, en CUALQUIER medicamento inmunosupresor?
Circule Su Riesgo	Cual es tu ocupación? _____ Trabajador de primera línea: cuidado de la salud, personal de primera respuesta, trabajador de supermercado/comercio, etc Describe su RIESGO DE COVID19: (Por favor circule): Leve: <i>sin síntomas, sin contacto con personas con COVID o sin COVID</i> Moderado: <i>trabajador de primera línea: atención médica, personal de primera respuesta, trabajador de supermercados / comercio, etc.</i> Grave: <i>síntomas, prueba positiva de COVID, riesgos adicionales</i>

Firma de Paciente: _____ Fecha: _____

THE CENTER FOR COSMETIC SURGERY &



DEAN P KANE, MD, FACS, PA
LAURI P KANE, RD, MPH, SCD

EXECUTIVE CENTRE AT HOOKS LANE
1 RESERVOIR CIRCLE, SUITE 201 • BALTIMORE, MD 21208
DeanKane@DrDeanKane.com • www.DrDeanKane.com
410.602.3322

Responsabilidad del paciente y instrucciones para la seguridad sobre COVID19

Estimado paciente: En interés de la SEGURIDAD PRIMERO, el Equipo Kane desea que comprenda que ha habido muchas modificaciones en nuestra práctica para brindarle un ambiente atento, seguro y eficaz. Esperamos que comprenda que estos cambios son todo destinado a proteger tu bienestar. Por favor, háganos saber si podemos ayudarlo más. Gracias, Dean Kane, MD, FACS

Para que podamos abrirle y brindarle servicios, debe seguir las siguientes pautas gubernamentales, de cirugía plástica y Bestin-Care. Gracias.

1. Haga una cita para su (s) servicio (s). No hay servicios disponibles sin cita previa.
2. Descargue y complete y envíe o traiga su consentimiento médico del paciente COVID19, información médica actualizada:
drdeankane.com> información del paciente> formularios de pacientes.
 - a. Todos los pacientes deben leer y firmar los FORMULARIOS COVID19 para CADA visita al consultorio.
 - b. Si ha pasado más de 1 año desde la última vez que lo vimos, incluya: Autorización de práctica, Reconocimiento HIPAA, Datos demográficos del paciente, Formulario de datos médicos básicos
3. Por favor, obtenga su propia temperatura en casa. Si es más de 100.0 grados F. Por favor re programe y llame a su Médico Primario para recomendaciones.
4. Llegue a la oficina 15 minutos antes de la hora programada para la cita.
5. Desde su automóvil, llame a la oficina para indicar que ha llegado y la recepcionista le indicará si tenemos el Distancia del paciente adecuada para que ingrese a la oficina.
6. No se permitirá el uso del teléfono celular en la oficina.
7. Solo el paciente puede ingresar a la oficina. TODOS los familiares, amigos, niños, mascotas y asociados deben permanecer afuera.
8. ¡Todos los pacientes deben usar una máscara y traer su propia pluma! Se espera que el paciente se lave adecuadamente las manos al ingresar a la oficina.
Prepárate para que te tomen la temperatura. Si hay más de 100.0 grados F, se le ofrecerán sus opciones.
9. Para los pacientes que reciben servicios en la cara y el cuello, lávese la cara y llegue sin maquillaje.

THE CENTER FOR COSMETIC SURGERY &



DEAN P KANE, MD, FACS, PA
LAURI P KANE, RD, MPH, SCD

EXECUTIVE CENTRE AT HOOKS LANE
1 RESERVOIR CIRCLE, SUITE 201 • BALTIMORE, MD 21208
DeanKane@DrDeanKane.com • www.DrDeanKane.com
410.602.3322

ACUERDO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE COVID-19

Sintomas de Coronavirus (SARS-CoV-2 infeccion) COVID19:

- *Fibre (mas de 100.0 grados)*
- *Tos: seco o húmedo*
- *Falta de aliento, dolor en el pecho*
- *Dolor de musculo*
- *accidente cerebrovascular, manchas rojas en la piel*

Print Patient Name

Medical Record Number

☐ Yo, El/La paciente abajo firmante, doy mi consentimiento para que el médico y / o su personal (en adelante, colectivamente, "mi doctor") realizar procedimientos médicos, si se considera necesario, electivo o estético, durante el tiempo de la pandemia de COVID-19 y después. Entiendo que mi procedimiento se realice en este momento, a pesar de mis propios esfuerzos y los de mi doctor puede aumentar el riesgo de mi exposición al COVID-19. Soy consciente de que la exposición a COVID-19 puede provocar una enfermedad grave, terapias intensivas, intubación extendida y / o soporte de ventilador cambios que alteran la vida de mi salud e incluso la muerte. También soy consciente de la posibilidad de que el procedimiento en sí, ya sea que se realice en el consultorio de mi médico o en un hospital, pueda provocar un caso más grave de COVID-19 del que podría haber tenido sin el procedimiento.

☐ También entiendo que mi procedimiento se realice en este momento aumenta el riesgo de transmisión de COVID-19 a mi médico. Este virus tiene un largo período de incubación, puede haber aspectos aún desconocidos de su transmisión, y me doy cuenta de que puede ser contagioso, ya sea que me hayan hecho una prueba o no o que tenga síntomas. Para reducir la posibilidad de exposición o transmisión de COVID-19 en el consultorio de mi médico, acepto que mi médico implementará procedimientos de control de infecciones que debo cumplir, antes, durante y después de mi procedimiento, para mi propia protección y la de mi médico. Entiendo que mi cooperación es obligatoria, independientemente de si personalmente considero que tales procedimientos COVID-19 y / o medidas preventivas son necesarias.

☐ He informado a mi médico sobre cualquier prueba COVID-19 que yo o cualquier persona que haya vivido conmigo durante los últimos 14 días haya recibido, así como los resultados de esa prueba, y si me hacen la prueba entre ahora y la fecha de mi procedimiento, proporcionaré inmediatamente los resultados de esa prueba a mi médico. Entiendo que mi médico puede requerir que me haga la prueba, posiblemente a mi propio costo e independientemente de cualquier prueba previa, y que los resultados de esa prueba deben ser satisfactorios para mi médico, antes de que pueda recibir mi procedimiento.

☐ Confirmando que ni yo ni ninguna persona que vive conmigo tiene ninguno de los síntomas de COVID-19 enumerados por los Centros para el Control de Enfermedades, <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/downloads/COVID19-symptoms.pdf>, qué sitio web he consultado; ni yo ni ninguna persona que haya vivido conmigo durante los últimos 14 días ha experimentado alguno de estos síntomas; y que yo y todas las personas que vivieron conmigo durante los últimos 14 días hemos practicado todas las recomendaciones de higiene personal, distanciamiento social y otras recomendaciones de COVID-19 contenidas en todas las órdenes gubernamentales emitidas por mi ciudad y estado. Entiendo que honestamente debo revelar esta información para evitar ponerme a mí y a otros en riesgo.

☐ Todos los temas anteriores han sido discutidos conmigo y todas mis preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción. Al estar completamente informado, acepto el riesgo de exposición a COVID-19 y asumiré el costo de cualquier tratamiento con COVID-19 requerido. Se me ha dado la oportunidad de posponer mi procedimiento hasta que la pandemia de COVID-19 sea menos frecuente, pero elijo que mi procedimiento se realice ahora. Si soy el padre, tutor o tutor del paciente, tengo su poder de atención médica. He leído este Acuerdo de consentimiento informado COVID-19 y estoy autorizado a dar su consentimiento en nombre del paciente.

☐ Informaré a la práctica de Dean P. Kane, MD, FACS, PA de cualquier infección activa de COVID19 y / o resultados de las pruebas que ocurrieron dentro de los 14 días de mi procedimiento y acepto proceder a mi médico primario o centro de atención médica para recibir atención.

☐ Reconozco que la práctica de Dean P. Kane, MD, FACS, ha hecho todo lo posible dentro de lo razonable para protegerse del contacto y la contaminación del coronavirus (SARS-CoV-2) reconociendo que la protección y el cuidado de esta enfermedad está cambiando y en curso.

Firma e iniciales del paciente / representante autorizado

Fecha