



Recomendaciones para la Cirugía Electiva Pediátrica Segura Durante la Pandemia COVID-19

Anexo 1. Encuesta riesgo COVID aplicable a 4 momentos preoperatorios.

ESTAS PREGUNTAS APLICAN AL PACIENTE Y A CUALQUIER OTRO MIEMBRO DE LA FAMILIA (PERSONAS QUE VIVEN BAJO EL MISMO TECHO)	Contacto telefónico 1 (al indicar aislamiento)		Contacto telefónico 2 (al confirmar fecha cirugía o encuesta Anestesia)		Ingreso Hospitalario		Pausa de Seguridad	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
¿Ha sido usted diagnosticado de COVID-19?	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
En los últimos 14 días, ¿Ha estado en contacto con alguna persona sospechosa o confirmada de COVID-19?	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
En los últimos 14 días, ¿Ha estado en contacto con alguna persona que haya sido contacto de un paciente COVID-19?	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
¿Ha estado en el extranjero en los últimos 14 días?	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
¿Ha realizado Aislamiento Social Preventivo?, si es así ¿cuántos días?	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
En los últimos 14 días, ¿Ha presentado alguno de los siguientes síntomas?: Fiebre, Dolor muscular, tos seca, Dolor de cabeza, Congestión nasal, Dificultad respiratoria, náuseas, vómitos y Diarrea, Pérdida del sentido del gusto o del olfato. Signos cutáneos (dermatitis)	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
¿Es funcionario de salud o su trabajo lo expone a algún riesgo de contagio de COVID-19?	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Responsable	EU Agendamiento		EU Agendamiento		EU Ingreso		EU/ Anestesiólogo o Pausa Seguridad	
Nombre y Firma								