

Clinic name:

Doctor name:

Registration Number:



Date:

### Screening / Disclosure Form for Dental Patients

Name:	Age /sex:
Address: (as per adhaar/current address)	Mobile:

S.No	COVID- 19 Questionnaire	YES	NO
1	Do you have any symptoms of fever/ cough /sore throat or fatigue during last one month? గత ఒక నెలలో మీకు జ్వరం / దగ్గు / గొంతు నొప్పి లేదా అలసట లక్షణాలు ఉన్నాయా?		
2	Did you experience any difficulty in breathing anytime during last 28 days? గత 28 రోజులలో ఎప్పుడైనా శ్వాస తీసుకోవడంలో మీకు ఏమైనా ఇబ్బందులు ఎదురయ్యాయా?		
3	Do you have any exposure to known or suspected case of Covid -19 patient in last 28 days? మీరు ఎప్పుడైనా కోవిడ్ 19 రోగి లేదా అనుమానాస్పద రోగితో కలిసి ఉన్నారా?		
4	Have you visited any other medical facility / hospital in recent time? If yes, for what reason? ఇటీవలి కాలంలో మీరు మరే ఇతర వైద్య సౌకర్యం / ఆసుపత్రిని సందర్శించారా? అవును అయితే, ఏ కారణం చేత? ఇటీవలి కాలంలో ప్రభుత్వం కోవిడ్ కంటైన్మెంట్ జోన్ గా తెలియజేసిన ప్రాంతంలో మీరు నివసిస్తున్నారా?		
5	Are you residing in locality that has been notified by the government as a Covid containment zone in recent time? ఇటీవలి కాలంలో ప్రభుత్వం కోవిడ్ కంటైన్మెంట్ జోన్ గా తెలియజేసిన ప్రాంతంలో మీరు నివసిస్తున్నారా?		
6	Have you ever been tested for Covid-19? If yes , give details. మీరు ఎప్పుడైనా కోవిడ్ -19 కోసం పరీక్షించబడ్డారా? అవును అయితే, వివరాలు ఇవ్వండి.		

Information given by me is true to the best of my knowledge . I fully understand and acknowledge that withholding or mis-representation of any information is highly unethical and against the interest of larger population during this pandemic.

నేను ఇచ్చిన పై సమాచారం నిజం. ఏదైనా సమాచారాన్ని చెప్పకుండా దాచడం లేదా తప్పుగా చెప్పడం ఈ మహమ్మారి సమయంలో చాలా అనైతికమైనదని నేను పూర్తిగా అర్థం చేసుకున్నాను మరియు అంగీకరిస్తున్నాను

I have been made aware that dental procedures create ultra-fine water spray that may transmit the Covid-19 virus. I understand the Covid-19 virus has a long incubation period during which carriers of the virus may not show symptoms and still be highly contagious. I also understand that, due to the contagious nature of the disease and characteristics of dental procedures, I have an increased risk of contracting the virus simply by being in a dental office in spite of the best disinfection protocols applied.

దంత విధానాలు కోవిడ్ -19 వైరస్ను వ్యాప్తి చేసే అల్ట్రా-ఫైన్ వాటర్ స్ప్రేను సృష్టిస్తాయని నాకు తెలుసు. కోవిడ్ -19 వైరస్ను పొడవైన ఇంక్యబేషన్ కాలం ఉందని నేను అర్థం చేసుకున్నాను, ఈ సమయంలో వైరస్ యొక్క క్యారియర్లు లక్షణాలను చూపించకపోవచ్చు. వ్యాధి యొక్క అంటుకొనే స్వభావం మరియు దంత ప్రక్రియల లక్షణాల వల్ల, ఉత్తమ క్రిమిసంహారక ప్రోటోకాల్లు ఉన్నప్పటికీ దంత వైద్యశాలలో ఉండటం ద్వారా వైరస్ సంక్రమించే ప్రమాదం నాకు ఉందని నేను అర్థం చేసుకున్నాను.

I fully understand and acknowledge that I may be an asymptomatic carrier of the disease and hence will strictly comply with all safety precautions and protocols advised . In the eventuality of my testing covid positive at a later date , I will not hold the dental service provider/staff/dental set-up responsible for it .I hereby knowingly and willingly give consent to have my emergency / urgent dental treatment completed during the Covid pandemic.

నేను వ్యాధి యొక్క లక్షణం లేని క్యారియర్ కావచ్చునని పూర్తిగా అర్థం చేసుకున్నాను మరియు అంగీకరిస్తున్నాను. ఇచ్చిన అన్ని భద్రతా జాగ్రత్తలు మరియు ప్రోటోకాల్లను ఖచ్చితంగా పాటిస్తాను. తరువాతి తేదీలో నా పరీక్ష కోవిడ్ పాజిటివ్ సంభవించినప్పుడు, నేను దంతవైద్యుడు/ సిబ్బంది / దంత వైద్యశాలను దీనికి బాధ్యతగా వహించను . నా అత్యవసర దంత చికిత్స ఈ కోవిడ్ మహమ్మారి సమయంలో పూర్తి కావడానికి నేను తెలిసి, మరియు ఇష్టపూర్వకంగా అంగీకరిస్తున్నాను.

(Signature of patient/ Guardian)

(Staff Signature)

Date :