**COVID‐19 PANDEMIC ‐ PATIENT DISCLOSURES**

This patient disclosure form seeks information from you that we must consider before making the treatment decisions in the circumstance of the COVID‐19 virus.

A weak or compromised immune system (including, but not limited to, conditions like diabetes, asthma, COPD, cancer  treatment, radiation, chemotherapy, and any prior or current disease or medical condition), can put you at greater risk  for contracting COVID19. Please disclose to us any condition that compromises your immune system and understand that we may ask you to

Consider rescheduling treatment after discussing any such conditions with us.

It is also important that you disclose to this office any indication of having been exposed to

COVID‐19 or whether you have experienced any signs or symptoms associated with the COVID‐19 virus.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | YES | NO |
| Do you have a fever or above normal temperature? | ☐ | ☐ |
| Have you experienced shortness of breath or had trouble breathing | ☐ | ☐ |
| Do you have a dry cough? | ☐ | ☐ |
| Do you have a runny nose? | ☐ | ☐ |
| Have you recently lost or had a reduction in your sense of smell? | ☐ | ☐ |
| Do you have a sore throat? | ☐ | ☐ |
| Have you been in contact with someone who has tested positive for  COVID‐19 | ☐ | ☐ |
| Have you tested positive for COVID‐19? | ☐ | ☐ |
| Have you been tested for COVID‐19 and are awaiting results? | ☐ | ☐ |
| Have you traveled outside the United States by air or cruise ship in  the past 14 days? | ☐ | ☐ |
| I have not traveled in the past 14 days to any regions affected by COVID-19. | ☐ | ☐ |

I fully understand and acknowledge the above information, risks and cautions regarding a compromised immune system and have disclosed to my provider any conditions in my health history which may result in a compromised immune system.

By signing this document, I acknowledge that the answers I have provided above are true and accurate.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Signature           Date