

## CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DENTAL DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

Yo, \_\_\_\_\_ (Escriba su nombre), voluntariamente doy consentimiento para recibir tratamiento dental durante la pandemia COVID-19.

Entiendo que el virus COVID-19 tiene un periodo de incubación largo durante la cual las personas infectadas no pueden mostrar síntomas; pero aun ser extremadamente contagiosos. Es imposible determinar quien lo tiene debido en las limitaciones que existen actualmente en el acceso de pruebas para detectar el virus. Los tratamientos dentales crean aerosoles, que es una de las maneras que se puede propagar la enfermedad. Los aerosoles dentales pueden permanecer en el aire por minutos o horas, por lo tanto puede transmitir el virus COVID-19.

-Entendiendo que debido a la frecuencia de las visitas, la presencia de otros pacientes, las características del virus y las características de los tratamientos dentales, tengo un riesgo elevado de contraer el virus simplemente por estar en el consultorio dental. \_\_\_\_\_  
(Iniciales)

Confirmando que **NO** he presentado ninguno de los siguientes síntomas de COVID-19:

- Fiebre
- Dificultad al respirar
- Toz
- Secreción nasal
- Dolor de garganta

\_\_\_\_\_ (Iniciales)

Entiendo que el CDC recomienda el distanciamiento social de por lo menos 6 pies y esto no es posible en la odontología. \_\_\_\_\_ (Iniciales)

Entiendo que la viajes aéreos aumenta mi riesgo de contraer y transmitir el virus COVID-19.

-Confirmando que no he viajado fuera de los Estados Unidos en los últimos 14 días. \_\_\_\_\_ (Iniciales)

-Confirmando que no he viajado por avión, autobús o tren en los últimos 14 días. \_\_\_\_\_ (Iniciales)

He hablado con mi dentista sobre los riesgos de mi tratamiento dental cuando se trata de contraer el COVID-19. Estoy satisfecho de que mi dentista ha respondido todas mis preguntas.

Aunque no hay garantías con respecto a la posibilidad de contracción de COVID-19, mi dentista y su equipo seguirán los protocolos de seguridad para protegerme a mí y a su equipo durante mi tratamiento. Entiendo que tengo la posibilidad de posponer mi cita a otra fecha en el futuro y he decidido continuar con el tratamiento.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Temperatura (Tomado en oficina): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_