

Formulario de Consentimiento de Tratamiento durante Pandemia COVID-19

Yo, _____, bajo conocimiento y voluntad propia consiento a recibir tratamiento dental de emergencia durante la pandemia COVID-19.

Entiendo que el virus que causa COVID-19 tiene un largo periodo de incubación en el cual los portadores pueden ser asintomáticos y aun ser altamente contagiosos. Es imposible determinar quien está y quien no está infectado considerando los presentes limites en probar para el virus.

Los procedimientos dentales crean rocío de agua. No esta claro cuanto puede persistir en el aire la naturaleza de este rocío ultra-fino, que puede transmitir el Coronavirus.

- Se me han dado a conocer las pautas de los CDC y la ADA que recomiendan que bajo la pandemia actual no se realicen tratamientos dentales que no son de emergencia. Las visitas dentales deben ser limitadas al tratamiento de dolor, infección, condiciones que significativamente inhiban la operación normal de los dientes y boca, y asuntos que pueden causar cualquiera de los problemas antedichos en los próximos 3 a 6 meses. ____ (Iniciales)
- Confirмо que busco tratamiento para una condición que cumple con estos criterios. ____ (Iniciales)

Confirмо que no estoy presentando ninguno de los siguientes síntomas de COVID19:

- Fiebre
- Dificultad al respirar
- Perdida de sentido de gusto u olfato
- Tos seca
- Nariz que moquea
- Dolor de garganta
- _____ (Iniciales)

Entiendo que el viaje aéreo significativamente incrementa mi riesgo de contraer y transmitir el Coronavirus y los CDC recomiendan el distanciamiento social de por lo menos 6 pies por un periodo de 14 días, esto no es posible con la odontología. ____ (Inicial)

- Verifico que no he viajado fuera de los Estados Unidos a países afectados por COVID19 en los últimos 14 días. _____ (Inicial)
- Verifico que no he viajado dentro de los Estados Unidos por aerolínea comercial, autobús, o tren dentro de los últimos 14 días. _____ (Inicial)

Nombre: _____ Fecha: _____