

Formulario de Consentimiento de Tratamiento COVID-19

Yo, _____ (Paciente o Padre/Guardián), consiento y voluntariamente consiento que se complete el tratamiento dental durante la pandemia COVID-19.

Entiendo que el virus COVID-19 tiene un largo período de incubación durante el cual los portadores del virus pueden no mostrar síntomas y seguir siendo altamente contagiosos. Es imposible determinar quién lo tiene y quién no da los límites actuales en las pruebas de virus.

Los procedimientos dentales crean agua pulverizada que es cómo se propaga la enfermedad. La naturaleza ultrafina del aerosol puede permanecer en el aire durante minutos a veces horas, lo que puede transmitir el virus COVID-19.

Entiendo que debido a la frecuencia de las visitas de otros pacientes dentales, las características del virus, y las características de los procedimientos dentales, que tengo un riesgo elevado de contraer el virus simplemente por estar en un consultorio dental. _____ (Inicial)

Confirmando que no estoy presentando ninguno de los siguientes síntomas COVID-19: _____ (Inicial)

- Fiebre y escalofríos
- Dificultad de respirar
- Tos seca
- nariz que moquea
- Dolor muscular
- Dolor de garganta
- Nueva pérdida de sabor u olor

Entiendo que los viajes aéreos aumentan significativamente mi riesgo de contraer y transmitir el virus COVID-19. Y los CDC recomiendan distanciamiento social de al menos 6 pies durante un período de 14 días a cualquier persona que lo haya hecho, y esto no es posible con la odontología. _____ (Inicial)

- Verifico que no he viajado fuera de los Estados Unidos en los últimos 14 días a países que se han visto afectados por COVID-19. _____ (Inicial)
- Verifico que no he viajado a nivel nacional dentro de los Estados Unidos por aerolínea comercial, autobús o tren en los últimos 14 días. _____ (Inicial)

Entiendo que me comunico con la oficina (y con mi médico de atención primaria) si desarrollo algún síntoma de COVID-19 en los próximos 14 días.

Entiendo que el médico y el personal de la oficina han respondido a todas mis preguntas con respecto a COVID-19, así como las normas de control de infecciones que la oficina ha implementado.

Nombre del paciente:

Firma del paciente/guardián: _____ Fecha: _____