

## Consentimiento para tratamiento dental durante COVID-19 / Coronavirus

A sabiendas y voluntariamente consiento que se realice un tratamiento dental durante la pandemia de COVID-19.

Entiendo que, además de los riesgos clínicos estándar inherentes a este tratamiento, como se describe más detalladamente en el consentimiento clínico, existen riesgos inherentes al recibir tratamiento dental durante la pandemia de COVID-19.

Tratamiento alternativo: Soy consciente de que pueden estar disponibles tratamientos y procedimientos alternativos, así como la opción de no tener el tratamiento recomendado o retrasar el tratamiento hasta una fecha posterior o hasta que termine la pandemia. Al retrasar el tratamiento, puedo seguir experimentando dolor o desarrollar infecciones, y empeorar mi salud dental y mi situación clínica.

Riesgos potenciales:

Procedimiento: He revisado y firmado todos los consentimientos clínicos aplicables para el tratamiento que se proporcionará.

COVID-19: Los procedimientos dentales, por su naturaleza, requieren un contacto cercano con los profesionales dentales y crean agua o aerosoles que pueden permanecer en el aire y que es una forma típica de propagación del virus.

El procedimiento dental de hoy requerirá un contacto cercano con el dentista y el personal y, como tal, me pone en mayor riesgo de contraer COVID-19 de otros o de exponer COVID-19 a otros.

Entiendo que el coronavirus COVID-19 tiene un largo período de incubación durante el cual los portadores del virus pueden no mostrar síntomas y pueden no saber que tienen el coronavirus, pero aún pueden ser muy contagiosos.

Es imposible determinar quién tiene o no el coronavirus dados los límites actuales de disponibilidad de pruebas.

Entiendo que debido a la frecuencia de las visitas al dentista y las visitas de otros pacientes, las características del virus y de los procedimientos dentales, tengo un mayor riesgo de contraer el virus simplemente por estar en una consulta dental.

Conozco la actual Organización Mundial de la Salud (OMS), los Centros para el Control de Enfermedades (CDC), la Asociación Dental Americana (ADA) y las pautas y directrices estatales y locales vigentes durante esta pandemia.

Representaciones: Declaro que no estoy experimentando y no he experimentado en los últimos 14 días ninguno de los siguientes: Fiebre, falta de aliento, tos seca, nariz que moquea, dolor de garganta, otras enfermedades o problemas de salud.

Iniciales \_\_\_\_\_

**También declaro que no he viajado, ni a nivel internacional ni nacional (dentro de los Estados Unidos) en los últimos 14 días.**

**Seguimiento:**

**Entiendo que si alguno de los síntomas anteriores surge dentro de las 24-48 horas de mi tratamiento dental, soy responsable de informar a la clínica.**

**Consentimiento:**

**He leído y entiendo este formulario de consentimiento y me han dado toda la información que solicité sobre los tratamientos o procedimientos dentales propuestos, los riesgos y otros tratamientos alternativos.**

**He tenido la oportunidad de hacer preguntas. Todas mis preguntas y preocupaciones han sido respondidas a mi satisfacción.**

**Entiendo la naturaleza del tratamiento recomendado, las opciones de tratamiento alternativas, los riesgos del tratamiento recomendado y los riesgos de rechazar el tratamiento.**

**Doy mi consentimiento para el tratamiento o procedimiento dental y para la realización de los procedimientos adicionales o alternativos que se consideren necesarios a juicio de mi dentista, durante COVID-19.**

-----  
**Firma del paciente, padre, o tutor legal**

-----  
**Fecha de la firma**

-----  
**Escriba el nombre del paciente, padre, o tutor**

-----  
**Relación con el paciente**