

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTOS DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

Por medio del presente,, titular del DNI Nro....., en mi propio carácter y/o en mi carácter de tutor de....., titular del DNI Nro....., por voluntad propia y debidamente informado consiento en recibir tratamiento odontológico a ser realizado durante la pandemia COVID-19.-

-Entiendo que el virus COVID-19 tiene un periodo largo de incubación durante el cual sus portadores pueden estar asintomáticos, siendo altamente contagioso. Entiendo que, al momento, debido a las limitaciones para la realización de las pruebas virales, es imposible determinar quien es portador del virus y quien no.-

-Entiendo que las autoridades sanitarias recomiendan el distanciamiento social de mínimo 1.8 metros , lo cual es imposible durante el tratamiento odontológico

1- ¿En los últimos 14 días, ha llegado de viaje desde el exterior?

SI	NO
----	----

Indique que país _____

2- Alguna de las personas con las que usted se relaciona ha regresado desde el exterior?

SI	NO
----	----

3- ¿Tiene fiebre o tuvo fiebre, en los últimos 14 días?

SI	NO
----	----

4- ¿Tiene o tuvo problemas respiratorios, tos seca, dolor de garganta, pérdida del gusto o del olfato en los últimos 14 días?

SI	NO
----	----

5- ¿Ha estado en contacto con personas infectadas por Coronavirus en los últimos 14 días?

SI	NO
----	----

6- ¿Ha estado en contacto estrecho con personas que presentaban cuadro respiratorio agudo o que estuvieron en cuarentena en los últimos 14 días?

SI	NO
----	----

7- ¿Consumió Ibuprofeno o algún otro medicamento por su dolor dental?

SI	NO
----	----

.-El paciente declara haber entendido todas las explicaciones facilitadas en un lenguaje claro y sencillo. Ha podido manifestar todas las observaciones y le han sido aclaradas todas las dudas, de manera que se siente plenamente informado en lo que se refiriera a la realización.-

Firma y aclaración

número de celular:

fecha