



## Forma De Consentimiento Para Tratamiento Dental De Emergencia COVID-19

Yo, \_\_\_\_\_ reconozco y doy consentimiento que se haga el tratamiento dental de emergencia durante la pandemia COVID-19.

Entiendo que el virus COVID-19 tiene un largo período de incubación durante el cual los portes del virus pueden no mostrar síntomas y aun así ser altamente contagioso. Es imposible determinar quién lo tiene y quién no da los límites actuales en las pruebas del 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 o a veces horas, 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, tengo un riesgo elevado de contraer el virus simplemente al estar en un consultorio dental. \_\_\_\_\_(iniciales)
  
- He sido informado de las pautas de la Asociación Americana de Dentistas y del estado de Texas que bajo la pandemia actual no se recomienda otro tipo de tratamiento dental que no sea urgente. Las visitas dentales deben limitarse al tratamiento que causa dolor, infección, condiciones que intervengan significativamente el funcionamiento normal de los dientes y la boca, y problemas que pueden causar cualquier cosa mencionada anteriormente dentro de los próximos 3-6 meses. \_\_\_\_\_(iniciales)
  
- Confirmando que estoy buscando tratamiento para una condición que cumpla con estos criterios. \_\_\_\_\_(iniciales)
  
- Confirmando que no estoy presentando ninguno de los siguientes síntomas de COVID-19 mencionados a continuación:
  - Fiebre
  - Dificultad para respirar
  - Tos seca
  - Escorrimento nasal
  - Dolor de garganta \_\_\_\_\_(iniciales)
  
- Entiendo que los viajes aéreos aumentan significativamente mi riesgo de contraer y transmitir el virus COVID-19, y el Centro de Control de Enfermedades recomiendan el 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 en el campo de la odontología. \_\_\_\_\_(iniciales)
  
- 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. \_\_\_\_\_(iniciales)
  
- Verifico que no he viajado a nivel nacional dentro de los Estados Unidos en aerolínea comercial, autobús o tren en los últimos 14 días. \_\_\_\_\_(iniciales)

Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_