**Consentimiento para Atención Odontológica COVID-19**

Fecha\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lugar\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­\_\_­­\_\_\_\_\_

Nombre y Apellido del Paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_

Nº asociado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Plan: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Profesional: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_MP.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

EL PRESENTE CUESTIONARIO DEBE SER CONTESTADO DE PUÑO Y LETRA Y FIRMADO POR PARTE DEL PACIENTE  
indicar con X de corresponder

A) TIENE FIEBRE O LA HA TENIDO EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS

B) HA TENIDO PROBLEMAS RESPIRATORIOS (INCLUYENDO TOS, DOLOR DE GARGANTA, DIFICULTAD PARA RESPIRAR)

C) HA VIAJADO EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS

D) HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUNA PERSONA CON CONFIRMACIÓN DE CORONAVIRUS

E) HA ESTADO EN CONTACTO ESTRECHO CON PERSONAS QUE PRESENTABAN CUADRO RESPIRATORIO AGUDO  
 EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS.

El profesional tomara la decisión clínica de atender el paciente, o demorar el tratamiento odontológico, en base a lo expresado.

Yo,…………………………………………………………………........................................................................ por voluntad propia y debidamente informado/a consiento recibir tratamiento odontológico de emergencia/urgencia , durante la Pandemia de 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.

Los procedimientos odontológicos de urgencia o no, pueden generar aerosoles que permiten la diseminación de la enfermedad. La naturaleza ultrafina del aerosol que producen los equipos le permite permanecer suspendido en el aire por minutos o hasta horas, lo cual puede transmitir el virus COVID-19. Entiendo que, a pesar del seguimiento de normas de bioseguridad en el consultorio odontológico, debido a la presencia de otros pacientes, a las características del virus y del procedimiento odontológico, existe un riesgo elevado de contraer el virus por el solo hecho de permanecer en el consultorio.

He sido informado que las directrices de todas las instituciones de salud internacionales, ante la situación de pandemia actual. La consulta odontológica se limita al tratamiento de dolor, infección y condiciones que interfieran de forma significativa las funciones bucales o que puedan generar agudización de una de estas condiciones. Confirmo que solicito tratamiento por una condición clínica que está enmarcado en los criterios anteriormente expuestos. Entiendo que organismos internacionales de salud recomiendan el distanciamiento social de mínimo 1,8 metros, lo cual es imposible durante el tratamiento odontológico

Declaro haber sido informado y he comprendido acabadamente la conveniencia y el objetivo del presente cuestionario ¨CONSENTIMIENTO DE ATENCIÓN ODONTOLOGICA COVID-19¨ y las consecuencias de no responder correctamente las preguntas indicadas.

Firma y aclaración:……………………………………………………………………………………………………………………………..………….………

DNI:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**www.medife.com.ar**