

## Consentimiento Informado para Tratamiento de Emergencia/Urgencia Odontológica en el marco de la Pandemia de COVID-19

Yo, \_\_\_\_\_, identificado tal como aparece abajo, tutor legal de \_\_\_\_\_, por voluntad propia y debidamente informado(a) consiento a que mi representado reciba tratamiento odontológico de emergencia/urgencia a ser realizado 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. Entiendo que, al momento, debido a las limitaciones para la realización de las pruebas virales, es imposible determinar quién es portador del virus y quién no.

Entiendo que los procedimientos odontológicos 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.

- o 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. \_\_\_\_\_ (iniciales)
- o He sido informado que las directrices de todas las instituciones de salud internacionales, ante la situación de pandemia actual, recomiendan suspender la realización de tratamiento odontológico electivo. La consulta odontopediátrica se limita al tratamiento de traumatismos sangrado profuso, infección de origen odontogénico, dolor y condiciones que interfieran de forma significativa las funciones bucales o que puedan generar agudización de una de estas condiciones \_\_\_\_\_ (iniciales)
- o Confirmando que solicito tratamiento por una condición clínica que está enmarcado en los criterios anteriormente expuestos \_\_\_\_\_ (iniciales)
- o Confirmando que mi representado no presenta, ni yo he presentado, en los últimos 14 días, ninguno de los síntomas de COVID-19 de la siguiente lista: fiebre, dificultad respiratoria, tos seca, secreción nasal, dolor de garganta \_\_\_\_\_ (iniciales)
- o Declaro que mi representado, ni yo, hemos estado en contacto con personas con confirmación de COVID-19 o con cuadro respiratorio agudo en los últimos 14 días \_\_\_\_\_ (iniciales)
- o Entiendo que viajar por transporte aéreo incrementa significativamente el riesgo de contraer y transmitir el virus COVID-19. Constato que mi representado, ni yo, hemos realizado viajes por transporte aéreo en los últimos 14 días \_\_\_\_\_ (iniciales)
- o Entiendo que organismos internacionales de salud recomiendan el distanciamiento social de mínimo 1,8 metros, lo cual es imposible durante el tratamiento odontológico \_\_\_\_\_ (iniciales)

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ DNI o CC: \_\_\_\_\_  
Odontólogo Tratante: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ DNI o CC: \_\_\_\_\_  
Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_