

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTOS DE PACIENTES ODONTOLÓGICOS EN EL MARCO DE LA PANDEMIA COVID-19

El siguiente es un documento para ser firmado por pacientes que desean o deben ser atendidos durante la pandemia por COVID-19, el mismo debe ser firmado por el paciente o su representante legal y debe anexarse a la historia clínica de cada paciente.

Como paciente, usted tiene el derecho de conocer los beneficios y posibles riesgos de un tratamiento, y este documento tiene como fin ayudarlo a tomar la decisión, libre y voluntaria, de aceptar o rechazar el tratamiento.

Yo _____, con DNI _____, mayor de edad, en mi propio nombre y representación, o como padre/ madre o tutor legal de _____, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente declaro que el Dr/la Dra _____ me ha explicado de manera clara los aspectos necesarios para recibir atención odontológica de urgencia durante la pandemia por COVID-19, y además afirmo que entiendo claramente lo siguiente:

- El tiempo entre exposición al virus Covid-19 y la aparición de los primeros síntomas es amplio, y durante el cual sus portadores pueden estar asintomáticos, siendo altamente contagiosos; y es complicado determinar quién es portador del virus, debido a las limitaciones que las pruebas diagnósticas presentan actualmente.
- Se recomienda una distancia mínima de 1.8 metros entre las personas (distanciamiento social), pero para brindar una adecuada atención odontológica es imposible mantenerla, debido a la cercanía física necesaria del/ dela dentista al paciente para realizar los tratamientos dentales.
- Debido al alto riesgo de transmisión del virus Covid-19, a la presencia de otras personas en el consultorio, y las características de los procedimientos odontológicos (como por ejemplo la generación de aerosoles), no es posible asegurar un riesgo nulo de transmisión del virus, aun cumpliendo todos los protocolos de protección, bioseguridad e higiene disponibles e instaurados por los organismos competentes.
- Debido a las indicaciones de la Organización Mundial de la Salud, El Ministerio de Salud, y demás autoridades sanitarias a nivel mundial, no se recomienda la atención odontológica de pacientes que presenten o hayan presentado fiebre, dificultad respiratoria, tos seca, secreción nasal, dolor de garganta u otros posiblemente relacionados al COVID-19 en los últimos 14 días. Tampoco si han estado en contacto con personas confirmadas de portar el virus Covid-10 o si han viajado a otros países en los últimos 14 días.
- Por lo tanto, confirmo que no estoy presentando (ni he presentado) ningún síntoma mencionado anteriormente, ni he estado en contacto con personas portadoras del virus, ni he viajado a otros países en los últimos 14 días.
- La atención odontológica no está recomendada para tratamientos electivos o de rutina no urgentes, limitándose a tratar urgencias o emergencias (por ejemplo: traumatismo, infección, inflamación, dolor intenso, sangrado prolongado, etc).

Firma y Aclaración del Paciente:

Fecha: