



Formulario de consentimiento para exámenes y tratamientos dentales en relación al COVID-19

Nombre del/la paciente: _____

Fecha de nacimiento del/la paciente: _____

Temperatura del/la paciente: _____

	Previo a la cita	En el consultorio
¿Ha el/la paciente o un/a miembro de su hogar dado positivo por COVID-19?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
Si respondió Sí, ¿han pasado al menos 14 días desde el diagnóstico y al menos 14 días desde que los síntomas disminuyeron?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
¿Ha el/la paciente o un/a miembro de su hogar estado en proximidad de alguien, en los últimos 10 días, que haya dado positivo por COVID-19?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
¿Ha el/la paciente o un/a miembro de su hogar viajado en los últimos 14 días?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
¿Tiene el/la paciente alguna enfermedad del corazón, enfermedad pulmonar, enfermedad renal, o cualquier enfermedad autoinmune?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
¿Tiene el/la paciente fiebre o se ha sentido afiebrado/a en algún momento durante los últimos 10 días?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
¿Sufre el/la paciente insuficiencia respiratoria u otras dificultades para respirar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
¿Tiene el/la paciente tos o dolor de garganta?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
¿Tiene el paciente otros síntomas similares a los de la gripe, como problemas gastrointestinales, dolores de cabeza / migrañas, fatiga, dolores musculares o pérdida del sentido del gusto u olfato?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO

EL FORMULARIO CONTINÚA EN EL REVERSO



CONFIRMACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTOS DENTALES

Aun habiendo seguido los protocolos establecidos por la Asociación Odontológica de los Estados Unidos, es posible contraer COVID-19 en un consultorio odontológico. Estamos siguiendo todas las directrices para minimizar el riesgo de transmisión.

- He respondido a las preguntas de detección con honestidad y de acuerdo con mi leal saber y entender.
- Doy mi consentimiento de forma voluntaria y consciente para someterme a tratamientos dentales completos durante la pandemia de COVID-19. Comprendo que el virus COVID-19 tiene un período de incubación largo durante el cual los portadores de dicho virus podrían no mostrar síntomas y aún así ser altamente contagiosos.
- Comprendo que, debido a la frecuencia de las visitas de otros pacientes dentales, a las características del virus COVID-19 y a las características de los procedimientos dentales, hay un elevado riesgo de contraer el virus COVID-19 por simplemente estar en un consultorio odontológico.

Nombre en letra imprenta: _____

Firma: _____

Fecha: _____