

# Formulario de consentimiento de tratamiento dental Pandemia de COVID-19

1. Doy mi consentimiento para el tratamiento dental por parte del Dr. Adam McLachlan y cualquier asociado y empleado designado durante la pandemia de COVID-19.
2. Entiendo que el Dr. Adam McLachlan está siguiendo las pautas de los CDC en cuanto a protocolos de tratamiento y control de infecciones.
3. No tengo conocimiento de ser un posible portador o infectado: confirmo que no he dado positivo por COVID-19 en los últimos 30 días y que no estoy presentando ninguno de los siguientes síntomas de COVID-19:
  - A. Fiebre de 100.5 grados Fahrenheit o 38.1 grados Celsius o más
  - B. Falta de aliento
  - C. tos seca
  - D. rinorrea
  - E. Dolor de garganta.
  - F. Disminución del sentido del gusto y el olfato.
4. Contacto con infectados: confirmo que no he estado conscientemente en contacto cercano definido como 6 pies o menos durante una duración de quince minutos o más con alguien que ha dado positivo por COVID-19 en los últimos 14 días, o con alguien que ha tenido los síntomas indicados anteriormente en los últimos 14 días
5. Viajes públicos: confirmo que no he viajado fuera de los Estados Unidos en los últimos 14 días. Confirmo que no he viajado a nivel nacional en una aerolínea comercial, autobús o tren en los últimos 14 días.
6. Entiendo que el virus COVID-19 tiene un largo período de incubación durante el cual los portadores del virus pueden no mostrar síntomas pero aún son altamente contagiosos. Es imposible determinar quién lo tiene y quién no da las limitaciones y disponibilidad actuales en las pruebas virales de COVID-19.
7. Riesgo de transmisión: entiendo que, debido a la frecuencia de visitas de otros pacientes dentales de urgencias o atención de urgencia, las características del virus y las características de los procedimientos dentales, tengo un riesgo elevado de contraer el virus simplemente por estar en un consultorio dental, a pesar de que se están observando los mandatos de los CDC y del Departamento de Salud de Utah.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO:** Se me ha dado la oportunidad de hacer cualquier pregunta sobre los riesgos de contraer COVID-19 del consultorio dental y los procedimientos dentales. Reafirmo que no soy portador de COVID-19 ni infectado con COVID-19, que yo sepa. Asumo voluntariamente todos y cada uno de los riesgos médicos / dentales razonables, incluido el riesgo sustancial y significativo de daños graves, si los hay, que pueden estar asociados con cualquier fase de mi tratamiento como resultado de la pandemia de COVID-19. Reconozco que la naturaleza y el propósito de los procedimientos dentales recomendados bajo las circunstancias actuales me han sido explicados si es necesario y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente, tutor legal o representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo de la firma

\_\_\_\_\_  
Fecha