



Asociación Odontológica
de Rosario

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTOS DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

Por medio del presente,, titular del DNI Nro....., en mi propio carácter y/o en mi carácter de tutor de....., titular del DNI Nro....., por voluntad propia y debidamente informado consiento en recibir tratamiento odontológico a ser realizado durante la pandemia 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 quien es portador del virus y quien no.-

1. Que he sido informado de todas las normas de bioseguridad en el consultorio odontológico, debido a la presencia de otros pacientes, a las características del virus y del procedimiento odontológico.
2. Confirmando que no presento ni 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, pérdida de olfato y/o gusto.-
3. Declaro que no he estado en contacto con personas con confirmación de COVID-19 o con cuadro respiratorio agudo en los últimos 14 días.-
4. Entiendo que las autoridades sanitarias recomiendan el distanciamiento social de mínimo 1.8 metros, lo cual es imposible durante el tratamiento odontológico.-

El paciente declara haber entendido todas las explicaciones facilitadas en un lenguaje claro y sencillo. Ha podido manifestar todas las observaciones y le han sido aclaradas todas las dudas, de manera que se siente plenamente informado en lo que se refiriera a la realización.-

Rosario,de.....de 2020.-

PACIENTE.

ODONTOLOGO/A.-

Firma:

Aclaración:

Firma y Sello

Celular: