



Consentimiento de atención odontológica COVID-19

Lugar: _____ Fecha: __/__/__
Odontólogo/a: _____ MP: _____
Nombre y Apellido Paciente: _____
DNI: _____
Nombre y Apellido del Responsable (en caso que corresponda)

EL PRESENTE CUESTIONARIO DEBE SER CONTESTADO DE PUÑO Y LETRA, Y FIRMADO POR PARTE DEL PACIENTE Y/O TUTOR RESPONSABLE

Este procedimiento está indicado para detectar potenciales casos sospechosos de COVID-19.

- ¿TIENE FIEBRE O LA HA TENIDO EN LOS ULTIMOS 14 DIAS?
- ¿HA TENIDO PROBLEMAS RESPIRATORIOS (INCLUYENDO TOS, DOLOR DE GARGANTA, DIFICULTAD PARA RESPIRAR?)
- ¿HA VIAJADO EN LOS ULTIMOS 14 DIAS?
- ¿HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUNA PERSONA CON CONFIRMACION DE CORONAVIRUS?
- ¿HA ESTADO EN CONTACTO ESTRECHO CON PERSONAS QUE PRESENTABAN CUADRO RESPIRATORIO AGUDO EN LOS ULTIMOS 14 DIAS?

En función del presente documento el profesional tomará la decisión clínica de atender el paciente, demorar el tratamiento odontológico en el supuesto que sea posible o derivarlo a un centro asistencial.

El esquema de decisión de atención durante la pandemia de COVID-19 es:

No a todas las preguntas del cuestionario:

- 1- Si la necesidad de atención es una urgencia se atiende
- 2- Si la necesidad de atención no responde a una urgencia se reprograma

Si a cualquiera de las preguntas del cuestionario:

- 1- Si la necesidad de atención es una urgencia se atiende
- 2- Si la necesidad de atención no responde a una urgencia se reprograma

El profesional deberá actualizar esta información en función de la actualización de lo que se considere CASOS SOSPECHOSOS, por parte del Área de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.



Yo,..... por voluntad propia y debidamente informado/a consiento recibir tratamiento odontológico de emergencia/urgencia a ser realizado durante la Pandemia de COVID-19.

Entiendo que el virus COVID-19 tiene un período 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.

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.

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.

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 odontológica se limita al tratamiento de dolor, infección y condiciones que interfieran de forma significativa las funciones bucales o que puedan generar agudización de una de estas condiciones.

Confirmando que solicito tratamiento por una condición clínica que está enmarcada en uno de los criterios anteriormente expuestos.

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.

Declaro que no he estado en contacto con alguna persona con confirmación de COVID-19 o con cuadro respiratorio agudo en los últimos 14 días.

Entiendo que organismos internacionales de salud recomiendan el distanciamiento social de mínimo 1,8 metros lo cual es imposible durante el tratamiento odontológico

Declaro haber sido informado y haber comprendido acabadamente la conveniencia y el objetivo del presente cuestionario **“CONSENTIMIENTO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA COVID-19”** y las consecuencias de no responder correctamente las preguntas indicadas.

Firma del Profesional y Aclaración
MP:

Firma del Paciente y Aclaración
DNI: