

Nombre del paciente _____

COMUNICADO Y RECONOCIMIENTO DEL FORMULARIO DE RIESGO DEL TRATAMIENTO DENTAL DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

Nuestra meta es ofrecer un ambiente seguro a nuestros pacientes y equipo de atención, y apoyar en la seguridad de nuestra comunidad. Este documento contiene información que le solicitamos reconozca y entienda acerca del virus COVID-19.

El virus COVID-19 es una enfermedad grave y altamente contagiosa. La Organización Mundial de la Salud la clasificó como una pandemia. Usted podría contagiarse de COVID-19 de muchas formas. En nuestra práctica queremos asegurarnos que usted está enterado de los riesgos adicionales al contraer COVID-19 por la vía de tratamientos dentales.

El virus COVID-19 tiene un periodo largo de incubación. Usted o cualquiera que le atienda en su tratamiento de salud puede tener el virus sin mostrar síntomas, y aun así, ser altamente contagioso. Determinar quién está infectado es difícil y complicado debido a la limitada disponibilidad de pruebas.

Debido a la frecuencia y a la programación de visitas de otros pacientes dentales, a las características del virus, y a las características de los procedimientos dentales, existe un alto riesgo de que usted se contagie incluso con el solo simple hecho de estar en el consultorio dental.

Los procedimientos dentales provocan aspersión de líquidos, la cual es una de las maneras que el virus se propaga. La ultra fina naturaleza de la aspersión del agua puede permanecer en el aire por un largo periodo de tiempo, posibilitando la trasmisión del virus COVID-19 a quienes estén alrededor.

Usted no puede usar mascara protectora sobre su boca para prevenir la infección durante el tratamiento, ya que el dentista necesita acceso a su boca. Esto le pone a usted en una situación muy vulnerable a la transmisión de COVID-19 mientras recibe tratamiento dental.

Yo confirmo que he leído la información arriba escrita, entiendo, y acepto que hay un mayor riesgo de contraer COVID-19 en la clínica dental ó con el tratamiento dental a que me someta. Confirmando que entiendo y acepto el riesgo de contraer COVID-19 por el contacto a esta oficina. También reconozco que puedo contraer COVID-19 en muchos otros lugares afuera de esta clínica y que no tendría relación alguna con mi visita.

He leído y entiendo la información que aquí se me manifestó:

Firma

Testigo

Fecha