



Consentimiento informado para tratamientos odontológicos de pacientes en el marco de la pandemia COVID-19

El siguiente es un documento para ser firmado por pacientes que desean o deben ser atendidos durante la pandemia por COVID-19. El mismo debe ser firmado por el paciente o su representante legal y debe anexarse a la historia clínica de cada paciente. Como paciente, usted tiene el derecho de conocer los beneficios y posibles riesgos de un tratamiento, y este documento tiene como fin ayudarlo a tomar la decisión, libre y voluntaria, de aceptar o rechazar el tratamiento.

Yo _____, con DNI _____, mayor de edad, en mi propio nombre y representación, o como padre/ madre o tutor legal de _____, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente declaro que el Dr/la Dra _____ me ha explicado de manera clara los aspectos necesarios para recibir atención odontológica de urgencia durante la pandemia por COVID-19, y además afirmo que entiendo lo siguiente:

- El tiempo entre exposición al virus Covid-19 y la aparición de los primeros síntomas es amplio, y durante el cual sus portadores pueden estar asintomáticos, siendo altamente contagiosos; y es complicado determinar quién es portador del virus, debido a las limitaciones que las pruebas diagnósticas presentan actualmente.
- Se recomienda una distancia de 1.8 metros entre las personas (distanciamiento social), pero para brindar una adecuada atención odontológica es imposible mantenerla, debido a la cercanía física necesaria del/la odontólogo/a al paciente para realizar los tratamientos dentales.
- Debido al alto riesgo de transmisión del virus Covid-19, a la presencia de otras personas en el consultorio, y las características de los procedimientos odontológicos (como por ejemplo la generación de aerosoles), no es posible asegurar un riesgo nulo de transmisión del virus, aún cumpliendo todos los protocolos de protección, seguridad e higiene disponibles e instaurados.
- Debido a las indicaciones de la Organización Mundial de la Salud y El Ministerio de Salud de la Nación y de la Provincia de Buenos Aires no se recomienda la atención odontológica programada de pacientes que presenten o hayan presentado en los últimos 14 días: fiebre, dificultad respiratoria, dolor de garganta, diarrea /o vómitos, falta repentina de gusto y/u olfato o que en ese período mencionado hayan tenido diagnóstico positivo o estado en contacto con una persona covid-19 positivo.
- Por lo tanto, confirmo que no estoy presentando (ni he presentado) ningún síntoma mencionado anteriormente, ni he estado en contacto con personas portadoras del virus.
- La atención odontológica no está recomendada para tratamientos electivos o de rutina no urgentes en pacientes considerados como "caso sospechoso", limitándose a tratar urgencias o emergencias (por ejemplo: traumatismo, infección, inflamación, dolor intenso, sangrado prolongado, etc).
- Las medidas de higiene recomendadas debo respetarlas y cumplirlas antes, durante y después de la atención odontológica, para salvaguardar mi salud, la del personal del consultorio, mi familia y la de las demás personas.

Entendiendo lo anterior, y al ser aclaradas todas mis dudas sobre el tratamiento a realizar, alternativas posibles y los riesgos mediante explicaciones claras y sencillas, estoy completamente informado/a y doy mi consentimiento a la realización del tratamiento correspondiente.

Lugar y Fecha: _____

Firma y sello Odontólogo

Firma y DNI Paciente o Encargado