Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Centro de Atención-Puesto salud: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por medio de la presente constancia, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado (a) con documento de identidad número: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ expedido en la ciudad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, consiento recibir tratamiento odontológico de emergencia/urgencia 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 ser 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. 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 a tratamiento de dolor infección y condiciones que interfieran de forma significativa las funciones bucales o que puedan generar agudización de una de estas condiciones.
* Confirmo que solicito tratamiento por una condición clínica que esta enmarcado en los criterios anteriormente expuestos.
* Confirmo 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 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.

Nombre y firma del paciente Nombre y firma del responsable.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CC de ­­­­­­­­­­CC de

Nombre Odontólogo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma odontólogo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_