

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

Nuestro objetivo es brindar siempre un entorno seguro para nuestros pacientes y personal, y promover la seguridad y el bienestar de nuestra comunidad local. Este documento proporciona información que solicitamos que lea y conozca sobre el virus COVID-19 y su atención dental.

El virus COVID-19 es una enfermedad grave y altamente contagiosa. La Organización Mundial de la Salud lo ha clasificado como pandemia. Usted puede contraer COVID-19 de distintas fuentes. El virus COVID-19 tiene un período largo de incubación y una persona puede tener el virus, puede no mostrar síntomas y, aun así, ser contagiosa. Determinar quién está infectado por COVID-19 es un desafío debido a la disponibilidad limitada de pruebas generalizadas de virus. Nuestro consultorio quiere asegurarse de que usted conozca los riesgos de contraer COVID-19 que están asociados con el cuidado dental. Aunque constantemente estamos siguiendo las prácticas de detección, desinfección y control de infecciones que cumplen o exceden las pautas de los Centros para el Control de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) y de salud pública estatal, y nuestros profesionales dentales están utilizando equipo de protección personal recomendado por la Asociación Dental Americana (ADA) y otros, el distanciamiento social no siempre es posible mientras se brinda atención dental.

Un sistema inmunológico débil o comprometido (que incluye, pero no se limita a, afecciones como la diabetes, asma, EPOC, cáncer, tratamientos de radiación, quimioterapia y otras enfermedades o afecciones médicas previas o actuales) puede aumentar el riesgo de contraer COVID-19. Le agradeceremos nos informe de cualquier afección que comprometa su sistema inmunológico y, tenga en cuenta que podemos pedirle considerar la posibilidad de reprogramar el tratamiento o podemos recomendarle un tratamiento paliativo y/o no invasivo en estos momentos. También es importante que nos informe de cualquier síntoma o exposición al COVID-19:

Temperatura: _____ °F **Fecha:** _____ **Hora:** _____

	Sí	No
Tiene fiebre o temperatura superior a la normal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha experimentado dificultad para respirar o siente que le falta el aliento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene tos seca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene secreción nasal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha perdido o ha disminuido recientemente su sentido del olfato?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene dolor de garganta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha estado en contacto con alguien que haya dado positivo para COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha dado usted positivo para COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le han hecho la prueba de COVID-19 y está esperando resultados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha viajado fuera de nuestro estado o país en los últimos 14 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONSENTIMIENTO

He leído este formulario y todas mis preguntas han sido respondidas. Entiendo completamente y reconozco los riesgos de recibir atención en este momento y de diferir la atención, las precauciones con respecto a un sistema inmunológico comprometido, y he revelado todas mis condiciones de salud en mi historial de salud. Al firmar este documento, reconozco que las respuestas que proporcioné anteriormente son verdaderas y exactas, que acepto los riesgos adicionales con respecto a COVID-19 inherentes a recibir tratamiento dental en este momento, y que acepto los riesgos y costos incurridos al diferir los tratamientos.

 Nombre del paciente

 Firma del paciente/tutor

 Fecha

Dr. Kaushali Patel

 Nombre del médico

 Firma del médico

 Fecha