**Consentimiento de Tratamiento Dental de Emergencia durante la Pandémica COVID-19**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, doy consentimiento voluntariamente en tener tratamiento de emergencia dental completado durante la pandemia de COVID-19. Me han informado acerca de la guía de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), las recomendaciones de la Asociación Dental de California, la Asociación Dental Americana y los mandatos de salud pública locales y estatales que no recomiendan la atención dental para casos que no son urgentes. En este momento, las visitas al dentista deben limitarse al tratamiento del dolor, infección, condiciones que limitan el funcionamiento normal de los dientes y la boca, y problemas que pueden causar cualquier cosa enumerada anteriormente en los próximos 3 a 6 meses. Entiendo que algunas infecciones dentales, si no se tratan, pueden conducir a graves complicaciones la cual incluye la necesidad de hospitalización.

\_\_\_\_\_\_ Confirmo que estoy buscando tratamiento para una condición que cumple con estos criterios.

**Problema de Procedimiento durante la Pandémica COVID-19**

\_\_\_\_\_\_ Entiendo que el tratamiento proporcionado por mi dentista está destinado SOLAMENTE a eliminar o reducir la infección y / o el dolor que estoy sintiendo actualmente y puede que el tratamiento no sea definitivo. Quizá haiga necesidad de procedimientos adicionales para restaurar el estado de mi boca a una salud óptima. Al no buscar tratamiento adicional que mi dentista me recomiende puede provocar problemas adicionales, como dolor, infección y pérdida de dientes / hueso y / o función.

\_\_\_\_\_\_ Debido a la naturaleza extrema de esta pandemia, entiendo que el monitoreo postoperatorio es difícil, que no se recomiendan las visitas al consultorio dental y que mi dentista pueda decidir realizar estos servicios remotamente.

\_\_\_\_\_\_Después de mi procedimiento, entiendo que puedo estar en mayor riesgo de infección adicional y acepto permanecer en el hogar, de conformidad con los mandatos estatales "Más Seguro en Casa."

\_\_\_\_\_\_ Entiendo que, para mitigar estos riesgos, es imprescindible que tome los medicamentos como están prescrito. Además, entiendo que ciertos medicamentos, como los medicamentos opioides para el "dolor", no se pueden surtir en la farmacia por medio de una llamada, se requiere la receta escrita.

**Circunstancias Únicas**

\_\_\_\_\_\_ Los procedimientos dentales crean agua pulverizada (aerosol), que es la forma en que se propaga la enfermedad COVID-19. La naturaleza ultrafina del aerosol puede permanecer en el aire durante minutos o incluso horas, la cual puede transmitir el virus COVID-19.

\_\_\_\_\_\_ Entiendo que el virus COVID-19 tiene un largo período de incubación durante el cual los portadores del virus puede que no muestren síntomas y aún ser altamente contagioso. Es imposible determinar quién tiene el virus y quien no lo tiene a causa de los límites actuales con las pruebas del virus.

\_\_\_\_\_\_ Entiendo que, debido a la frecuencia de visitas de otros pacientes dentales, las características del virus, y las características de los procedimientos dentales, que tengo un riesgo elevado de contraer el virus al estar en un consultorio dental.

\_\_\_\_\_\_ Confirmo que no tengo ninguno de los siguientes síntomas de COVID-19: fiebre, falta de aliento, tos seca, secreción nasal, dolor de garganta actualmente, o durante los últimos 14 días.

\_\_\_\_\_\_ Confirmo que no he estado en contacto con una persona que ha sido diagnosticada con COVID-19 en los últimos 14 días.

\_\_\_\_\_\_Entiendo que el CDC recomiendan el distanciamiento social de al menos 6 pies para prevenir transmisión de la enfermedad y esto no es posible con el tratamiento dental.

\_\_\_\_\_\_Acepto que, si tuviera algún síntoma o me diagnosticaran COVID-19, me comunicare inmediatamente con mi dentista para que se puedan tomar las medidas adecuadas para limitar la propagación de este contagio.

\_\_\_\_\_\_ Por la presente, reconozco que no se me ha otorgado ninguna promesa, garantía o garantía de que el tratamiento propuesto será completamente exitoso para resolver mi dolor y / o infección. Es de anticiparse que el tratamiento proporcionará beneficios para reducir la causa de esta condición. Sin embargo, debido a las diferencias individuales de los pacientes y las circunstancias atenuantes, existe un riesgo de recaída por falla, retratamiento selectivo o empeoramiento de mi condición actual, incluyendo la pérdida de hueso y / o dientes adicionales, a pesar de la mejor atención.

He leído, entiendo y estoy de acuerdo con las declaraciones anteriores.

Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_