

Boyle Heights Dental Care
2206 E. Cesar E. Chavez Ave
Los Angeles, CA 90033
323-265-3680

Formulario de Consentimiento de Tratamiento Dental Pandémico COVID-19

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____

A sabiendas y voluntariamente consiento que se complete el tratamiento dental durante la pandemia de COVID-19.

Entiendo que el virus COVID-19 tiene un largo período de incubación durante el cual los portadores del virus pueden no mostrar síntomas y aún ser altamente contagiosos. Es imposible determinar quién lo tiene y quién no da los límites actuales en las pruebas de virus.

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

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

- Me han informado de las pautas de los CDC y la ADA de que, según la pandemia actual, no se recomienda la atención dental no urgente. Las visitas al dentista deben limitarse al tratamiento del dolor, la infección, las afecciones que inhiben significativamente el funcionamiento normal de los dientes y la boca, y los problemas que pueden causar cualquier cosa mencionada anteriormente en los próximos 3 a 6 meses.

- Confirmando que estoy buscando tratamiento para una afección que cumple con estos criterios. Confirmando que no estoy presentando ninguno de los siguientes síntomas de COVID-19 enumerados a continuación:

- Fiebre
- Dificultad para respirar
- Tos seca
- Rinorrea
- Dolor de garganta
- _____ (Inicial)

Entiendo que el viaje aéreo aumenta significativamente mi riesgo de contraer y transmitir el virus COVID-19. Los CDC recomiendan el distanciamiento social de al menos 6 pies por un período de 14 días a cualquiera que lo haya hecho, y esto no es posible con la odontología.

- Verifico que no he viajado fuera de los Estados Unidos en los últimos 14 días a países que han sido afectados por COVID-19.

- Verifico que no he viajado dentro de los Estados Unidos por una aerolínea comercial o cualquier medio de transporte en los últimos 14 días.

Firma del paciente (o tutor legal): _____ Fecha: _____