



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTOS DENTALES EN LA CLÍNICA DENTAL DURANTE LA GESTIÓN DE CRISIS SANITARIA OCASIONADA POR EL COVID-19

Complementario al consentimiento sobre el tratamiento específico

En, _____, a ____ de _____ de 2021

D/Dª _____, con DNI _____

he sido informado/a por el dentista Dr/a _____ colegiado/a nº _____ que durante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 (coronavirus) las autoridades sanitarias permiten desde el 4 de mayo de 2020 la realización en las clínicas dentales de tratamientos bucodentales, sin que deba limitarse ya a casos de urgencias odontológicas, como ha ocurrido hasta esa fecha.

He sido informado/a del protocolo en vigor elaborado por la clínica dental siguiendo las recomendaciones de la organización colegial de los dentistas para la gestión y realización de tratamientos dentales durante esta crisis sanitaria provocada por el COVID-19. Dicho protocolo tiene por objeto minimizar el riesgo de contagio por COVID-19 ofreciendo un entorno lo más seguro posible y determinar si me encuentro en condiciones para ser sometido/a al tratamiento bucodental propuesto.

Protocolo que he de cumplir y para ello he facilitado toda la información sobre mi estado actual de salud, sobre todo el referido a posibles antecedentes, síntomas o signos de sospecha de infección por COVID-19.

He sido informado/a que debido al alto riesgo de transmisión infecciosa del virus por la obligatoria y necesaria cercanía física al paciente para los tratamientos dentales y pese a que se hayan tomado todos los medios de protección recomendados, no es posible garantizar un riesgo nulo o cero de transmisión del COVID-19, aún con todos los medios de protección disponibles en la clínica.

Tras ser aclaradas todas mis dudas, mediante explicaciones claras y sencillas, sobre los riesgos, sobre todo por las circunstancias excepcionales ocasionadas por la COVID-19 en el marco de la asistencia sanitaria, me considero plenamente informado/a dando mi expreso consentimiento a la realización del tratamiento, sobre el que he recibido también completa información, que podré revocar en cualquier momento.

El/la paciente

El/la profesional

Fdo. _____

Fdo. _____