

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA COVID-19

EL PRESENTE CUESTIONARIO DEBE SER CONTESTADO DE PUÑO Y LETRA Y FIRMADO POR EL PACIENTE Y/O TUTOR RESPONSABLE

Por la presente se hace saber a Ud. que tiene derecho a conocer el tratamiento y/o procedimiento al que va a ser sometido, sus beneficios y posibles riesgos y complicaciones. El presente Consentimiento Informado explica todas las cuestiones relacionadas con el procedimiento y/o tratamiento odontológico, es por ello que recomendamos que lea atentamente y consulte todas las dudas que se le planteen.

Yo _____, con DNI _____, mayor de edad, en mi propio nombre y representación, o como padre/madre o tutor legal de _____, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente declaro que el Od./la Oda. _____ me ha explicado de manera clara, precisa y adecuada los aspectos necesarios para recibir atención odontológica y además afirmo que entiendo claramente lo siguiente:

1. Que mi odontólogo ha examinado mi boca debidamente y, en base a ello, se me ha explicado otras alternativas a este procedimiento y se han estudiado y considerado estos métodos que se me informaron, siendo mi voluntad que se me realice el procedimiento objeto del presente consentimiento.

2. Que se me han informado los riesgos y complicaciones posibles involucrados con el tratamiento odontológico, procedimiento quirúrgico, medicación, anestesia y las consecuencias de no llevar a cabo dicho tratamiento y/o procedimiento.

3. Que se me ha explicado en términos claros y sencillos y he comprendido que estos tratamientos pueden tener efectos adversos variados, incluso algunos no esperados.

4. El tratamiento propuesto consiste en: _____

5. Que estoy de acuerdo con ser sometido a anestesia local, sabiendo los riesgos que ello implica, delegando al odontólogo la elección del tipo de anestesia. Entiendo perfectamente que durante y a continuación del procedimiento previsto, cirugía o tratamiento, pueden surgir condiciones que -según el criterio del profesional- requiera un plan de tratamiento complementario/alternativo, relacionado directamente con el éxito del tratamiento. También apruebo cualquier modificación en diseño, materiales o mantenimiento, si se considera que es para mi beneficio.

6. El presente tratamiento se efectuará en el marco de la situación sanitaria provocada por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2, causante de COVID-19, me han informado sobre las “Recomendaciones para Equipos de Salud” dictadas por el Ministerio de Salud de la Nación.

7. Debido al alto riesgo de transmisión del COVID-19, a la presencia de otras personas en el consultorio, y las características de los procedimientos odontológicos (como por ejemplo, los procedimientos generadores de aerosol - PGA), no es posible asegurar un riesgo nulo de transmisión del virus, aun cumpliendo todos los protocolos de protección, bioseguridad e higiene disponibles e instaurados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Ministerio de Salud de la Nación.

8. Debido a las indicaciones de la Organización Mundial de la Salud, el Ministerio de Salud y demás autoridades sanitarias a nivel mundial, no se recomienda la atención odontológica de pacientes que presenten o hayan presentado fiebre, dificultad respiratoria, tos seca, secreción nasal, dolor de garganta u otros posiblemente relacionados al COVID-19 en los últimos catorce (14) días. Tampoco si han estado en contacto con personas confirmadas de portar el COVID-19 o si han viajado a otros países en los últimos catorce (14) días.

9. Soy consciente que la práctica de la Odontología no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el profesional me ha informado adecuadamente del objetivo buscado con el tratamiento, no me ha sido garantizada la obtención del mismo.

10. Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas por otros profesionales.

11. Manifiesto ser alérgico/a a: _____

12. Expreso, además, que he podido realizar todas las consultas que me surgieron, y que las mismas han sido respondidas, habiendo comprendido los beneficios, riesgos y ausencia de alternativas disponibles al tratamiento propuesto.

Entendiendo lo anterior, y al ser aclaradas todas mis dudas sobre el tratamiento a realizar, alternativas posibles y los riesgos mediante explicaciones claras, precisas y adecuadas, estoy completamente informado/a y doy mi consentimiento a la realización del tratamiento correspondiente.

Firma, aclaración y DNI del paciente

Firma y sello del profesional

Firma, aclaración, DNI y vínculo*

*Si el paciente no se encuentra en condiciones de brindar su consentimiento, deberá brindar el mismo el familiar más cercano o responsable legal.

Lugar:

Fecha: