

ANEXO AL CONSENTIMIENTO INFORMADO DURANTE PANDEMIA POR COVID-19

D./D^a _____, mayor de edad,
con DNI _____, en calidad de:

PACIENTE, en mi propio nombre.

PADRE/MADRE o TUTOR LEGAL en nombre y representación del
menor o incapacitado _____.

en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, DECLARO:

Que el/la Dr/a. _____
me ha informado de forma clara y comprensible y con la suficiente antelación, y
yo he entendido, que los tratamientos odontológicos requieren una gran
proximidad entre los profesionales y el paciente y el empleo de instrumental que
genera aerosoles de saliva, sangre y secreciones, que pueden ser vías de
propagación del COVID-19, en caso de pacientes infectados.

Que, si bien en condiciones normales los protocolos estrictos de higiene y
esterilización aplicados en odontología permiten asegurar la bioseguridad
necesaria al paciente y equipo sanitario, las excepcionales circunstancias actuales
de pandemia por Covid-19, con un gran potencial de transmisión infeccioso,
hacen que NO sea posible asegurar un riesgo nulo de transmisión, a pesar de
haberse extremado todas las medidas de protección, higiene y esterilización.

Los síntomas más comunes de la enfermedad por COVID-19 son fiebre,
cansancio y tos seca. Las personas de cualquier edad que presenten estos
síntomas y además respiren con dificultad, sientan dolor u opresión en el pecho
o tengan dificultades para hablar o moverse deben solicitar atención médica
inmediatamente.

La principal forma de propagación del COVID-19 es a través de las
gotículas respiratorias expelidas por alguien que tose o que tiene otros síntomas
como fiebre o cansancio. No obstante, muchas personas con COVID-19 presentan
solo síntomas leves. Esto es particularmente cierto en las primeras etapas de la
enfermedad. Es posible contagiarse de alguien que solamente tenga una tos leve
y no se sienta enfermo. Según algunas informaciones, las personas sin síntomas
pueden transmitir el virus.

Por todo ello, se me ha advertido que si soy consciente de estar infectado
por COVID-19 o sospecho que puedo estarlo, presento alguno de los síntomas
indicados o he estado en contacto con alguien que esté o pueda estar infectado,
debo hacerlo constar al dentista con carácter previo a realizar cualquier actuación
odontológica, comprometiéndome a proporcionar una información completa y
veraz, sin omitir hecho o circunstancia alguna al respecto.

Asimismo, he sido informado/a del protocolo en vigor elaborado por la clínica dental para la gestión y realización de tratamientos dentales durante la crisis por COVID-19, que tiene por objeto minimizar el riesgo de contagio, ofreciendo un entorno lo más seguro posible y determinar si me encuentro en condiciones para ser sometido/a al tratamiento bucodental propuesto; siendo consciente de que debo cumplir con dicho protocolo por mi propia seguridad y la de los profesionales que me atienden.

OBSERVACIONES: _____

De conformidad con todo lo anterior, declaro expresamente que estoy satisfecho/a con la información que se me ha proporcionado, que he podido realizar todas las observaciones y consultas necesarias, que han sido aclaradas todas las dudas que tenía y que, por ello, DOY MI CONSENTIMIENTO para que se me practique el procedimiento diagnóstico/terapéutico consistente en:

Este consentimiento puede ser revocado por mí sin necesidad de justificación alguna, en cualquier momento antes de realizar el procedimiento.

Y, para que así conste, firmo el presente original después de leído, por duplicado, cuya copia se me proporciona.

En _____ (Almería), a ____ de _____ de 2.0____.

Firma del paciente o R.L.
D.N.I. _____

Firma del Dentista
Colg. _____

**Firmar todas la hojas.*