



Protocolo para
ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE RETORNO GRADUAL

Consentimiento Informado para tratamiento de URGENCIAS/EMERGENCIAS O CASOS IMPOSTERGABLES, Odontológicas en el marco de la Pandemia COVID - 19

Yo,, con CI, de, años de edad, con domicilio en

... de la ciudad de, declaro que

..... me ha informado y explicado suficientemente los beneficios y posibles riesgos de la prestación del servicio Odontológico que me será brindado por el profesional previamente mencionado.

Entiendo que nos encontramos en el curso de una pandemia por COVID-19, una enfermedad producida por un virus que se contagia de una persona a otra. Incluso personas que aparentan estar completamente sanas pueden transmitir el virus. Esta enfermedad puede tener complicaciones e inclusive provocar la muerte.

Entiendo que ninguna persona puede estar segura de no estar infectada. Además, se me ha explicado claramente que aunque se tomen absolutamente todas las medidas recomendadas, no hay seguridad absoluta de que yo no me pueda enfermar. Inclusive, entiendo que las personas que me atienden y participan en mis cuidados corren riesgo de contagiarse al entrar en contacto conmigo. Para disminuir estos riesgos, los profesionales sanitarios y todos los funcionarios que estén en contacto conmigo tomarán medidas de protección.

Autorizo y requiero al personal Odontológico y asistentes me brinden la atención necesaria para mi caso, incluyendo atención en consultorio, procedimientos de diagnóstico y tratamiento, internación y/o cirugía, u otros. Confirmando que toda la información que he proporcionado al profesional sanitario y sus colaboradores es completa y verdadera, y me comprometo a seguir estrictamente las indicaciones que se me dé, tanto para el manejo de mi tratamiento como las medidas necesarias para la protección de la salud de todos. Asisto voluntariamente a esta consulta y/o internación, y declaro que no he tenido signos/síntomas compatibles con COVID-19 en los últimos 14 días. Me encuentro sin tos, dolor de garganta, congestión/secreción nasal, dificultad respiratoria, fiebre, escalofríos, dolores musculares, pérdida de (gusto u olfato). Así mismo, declaro que no he tenido contacto con personas sospechosas o confirmadas con COVID-19. Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínicos actuales. Si llego a tener cualquiera de estas manifestaciones, o entrar en contacto con otra persona que las tuviere, me comprometo a avisar inmediatamente al profesional que me brindó la asistencia.

Autorizo y doy mi consentimiento al/la Dr/a., y/o a quien él/ella designe, requiriendo realizar el procedimiento:

En caso de ser menor de edad o no estar en condiciones aptas de dar el consentimiento, un familiar cercano o persona encargada firma en representación del paciente:

Nombre: C.I.:

Parentesco/Relación:

Reitero que me comprometo a cooperar dando aviso al prestador de servicio, si en el transcurso de los días posteriores a esta consulta presento alguno de los signos/síntomas mencionados.

Firma: _____

Aclaración: _____

Fecha: _____



Ministerio de
**SALUD PÚBLICA
Y BIENESTAR SOCIAL**

**GOBIERNO
NACIONAL**

*Paraguay
de la gente*