



COVID 19 Notificación de tratamiento dental de emergencia pandémica y formulario de reconocimiento de riesgo

Nombre Del Paciente: _____ **Fecha De Nacimiento:** _____

Nuestro objetivo es ofrecerle un ambiente seguro para nuestros pacientes y empleados y avanzar en la seguridad de nuestra comunidad. Este documento le ofrece información que les pedimos que reconozcan y entiendan del COVID-19 virus.

El COVID-19 virus es serio y una enfermedad altamente contagioso. La organización mundial de salud ha clasificado esto como una pandemia. Podemos contratar COVID-19 de una variedad de fuentes. Nuestra práctica quiere asegurarse que está al tanto de los riesgos adicionales de contraer COVID-19 asociado con cuidado dental.

El COVID-19 virus tiene un largo periodo de incubación. Usted y sus proveedores de servicio de salud podrán tener virus y no demostrar síntomas y aun ser altamente contagioso. Determinando quien está infectado por el COVID-19 es desafiante y complicado debido a disponibilidad limitada para pruebas del virus.

Debido a la frecuencia y horario de las visitas de otros pacientes dentales, características del virus, y las características de procedimientos dentales, existe un riesgo elevado de contraer el virus simplemente por estar en un consultorio dental.

Los procedimientos dentales crean agua pulverizada, que es una forma de propagar la enfermedad. La naturaleza ultra-fina del rocío de agua puede permanecer en el aire durante mucho tiempo, lo que permite la transmisión del virus COVID 19 de las personas cercanas.

No puede usar una máscara protectora sobre su boca para prevenir infecciones durante el tratamiento ya que su proveedor de cuidado de salud necesita acceso a su boca para brindarle atención. Esto lo deja susceptible a la transmisión de COVID 19 mientras recibe tratamiento dental.

Confirmando que he leído el aviso y entiendo y acepto que hay un mayor riesgo de contraer el virus COVID 19 en el consultorio dental con tratamiento dental. Entiendo y acepto el riesgo adicional de contratar COVID-19 por contacto en esta oficina. También reconozco que puede contraer COVID-19 virus fuera de esta oficina y no relacionada a mi visita aquí.

He leído y entiendo la información mencionada anteriormente

Firma del paciente

Fecha

Testigo