



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO DENTAL DURANTE CRISIS COVID-19

Paciente: _____

Cédula: _____

Apoderado _____

Fecha: _____

Yo _____ estoy en conocimiento de la Pandemia Covid 19 y voluntariamente consiento que, se complete el tratamiento dental de emergencia que requiero.

Me han informado de las pautas la OMS .la Asociación Dental Americana (ADA), MINSAL Y SORTCH. De que, según la pandemia actual, no se recomienda el tratamiento dental no urgente.

Las visitas al dentista deben limitarse al tratamiento del dolor, la infección, las afecciones que inhiben significativamente el funcionamiento normal de los dientes y la boca, control de tratamiento de ortodoncia en que se están realizando fuerzas que podrían transformarse en urgencia al no controladas.

Para la definición de esta urgencia se realiza una CONSULTA POR VIDEOLLAMADA previa, para evaluar la atención presencial de la urgencia
Durante estos próximos 3 a 6 meses las atenciones se mantendrán con este sistema. MIXTA

Firma paciente _____

Firma apoderado _____