



Consentimiento informado para tratamiento Endodóntico en el marco de la Pandemia de COVID-19. Recomendación de la Sociedad de Endodoncia de Chile.

Yo, _____ RUN: _____
Domiciliado en : _____

Asisto por voluntad propia a la consulta dental para recibir tratamiento endodóntico de urgencia, durante Pandemia de COVID-19.

Se me ha informado y soy consciente que el virus SARS-CoV-2 que causa la enfermedad COVID-19, tiene un periodo de incubación de 1 a 14 días, tiempo en el cual teniendo o no sintomatología puede ser altamente contagioso.

He tomado conocimiento que la saliva es una vía de transmisión de virus en humanos y que los procedimientos odontológicos generan aerosol en el aire desde la saliva por minutos o varias horas, contaminando el área con microorganismos provenientes de esta fuente. Además, que durante la atención no se podrá cumplir la distancia social mínima recomendada por las autoridades sanitarias de 1.8 metros.

Se me comunica que se aplicaran todas las normas de bioseguridad descritas en las "ORIENTACIONES PARA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN FASE IV COVID-19" desarrolladas por la Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades, del Ministerio de Salud pero, que aún así, existe posibilidad de contagio.

Confirmando que solicito atención endodóntica de urgencia y que durante los últimos 14 días no he presentado fiebre, tos, dificultad para respirar (a diferencia de un resfriado), dolor de cabeza y/o dolor de garganta. Que he respetado cuarentena obligatoria de acuerdo a mi comuna o región. Declaro que no he viajado a países de riesgo y que no he estado en contacto con personas sospechosas de contagio o confirmados con COVID-19.

Consiento que se realice el procedimiento de _____

Teniendo yo menos de 18 años, asiento se me realice procedimiento : SI NO

Nombre Cirujano Dentista RUN Firma Fecha

Nombre Paciente/Representante Legal RUN Firma Fecha