

## Formulario de Consentimiento de Tratamiento COVID-19

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre del padre/el guardián), doy mi consentimiento para que mi hijo, \_\_\_\_\_ (nombre del paciente) reciba tratamiento de Cuidado dental pediátrico durante el brote de COVID-19.

Entiendo que hay mucho que aprender sobre el recién surgido COVID-19, incluida la forma en que se propaga y se transmite.

Entiendo que, según lo que se sabe actualmente sobre COVID-19, se cree que la propagación ocurre principalmente de persona a persona a través de gotas respiratorias entre contactos cercanos. Entiendo que el contacto cercano puede ocurrir por estar dentro de aproximadamente 6 pies de alguien con COVID-19 por un período prolongado de tiempo o por tener contacto directo con secreciones infecciosas de alguien con COVID-19.

Entiendo que los portadores de COVID-19 pueden no mostrar síntomas pero aún pueden ser altamente contagiosos.

Entiendo que debido a las incógnitas de este virus, el número de otros pacientes que han estado en la práctica y la naturaleza de los procedimientos realizados aquí, que mi hijo y yo tenemos un mayor riesgo de contraer el virus al estar en la práctica y recibiendo tratamiento en la práctica.

Entiendo que según las pautas de los CDC y la ADA, no recomiendan continuar con ningún tratamiento que no sea esencial en este momento.

Entiendo que los procedimientos dentales tienen el potencial de incluir procedimientos de generación de aerosol, así como salpicaduras y aerosoles anticipados, que son algunas de las formas en que COVID-19 se puede propagar. Entiendo que los síntomas enumerados son representativos de COVID-19.

- Fiebre
- Tos seca
- Dificultad para respirar
- Alta temperature
- Dolor o presión persistentes en el pecho
- Labios o cara azulados
- Nueva confusión o incapacidad para despertar
- Dolor de garganta
- Resfriado
- Pérdida de sabor u olor
- Dolor muscular
- Dolor de cabeza

Entiendo que mi hijo y yo no mostramos ni tenemos actualmente ninguno de los síntomas que son representativos de COVID-19, que se describen a continuación. \_\_\_\_\_ (inicial)

Entiendo que todos los viajeros que lleguen de un país o región con una transmisión continua generalizada, según lo descrito por los CDC, deben quedarse en casa durante 14 días para practicar el distanciamiento social y controlar su salud después de su llegada.

Confirmando que mi hijo y yo no hemos viajado a ninguno de los países a regiones con transmisión generalizada (Aviso de salud de viaje de nivel 3) en los últimos 14 días. \_\_\_\_\_ (inicial)

Confirmando, a mi leal saber y entender, que mi hijo y yo no hemos tenido contacto cercano con una persona diagnosticada con COVID-19 en los últimos 14 días. \_\_\_\_\_ (inicial)

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/el Guardián: \_\_\_\_\_

Firma del Padre /el Guardián: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_