

**PANDEMIA DE CORONAVIRUS (COVID-19)**  
**TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO DE URGENCIA**  
**AVISO Y ACEPTACIÓN DEL FORMULARIO DE RIESGOS**

Nuestro objetivo es ofrecer un entorno seguro para nuestros pacientes y nuestro personal, además de reforzar la seguridad de nuestra comunidad local. Este documento brinda información que usted debe conocer sobre el virus de la COVID-19.

COVID-19 es una enfermedad grave y altamente contagiosa. La Organización Mundial de la Salud la ha clasificado como "pandemia". Puede contraer COVID-19 por distintos motivos. Este consultorio quiere asegurarse de que conozca los riesgos adicionales de contraer COVID-19 derivados del tratamiento odontológico.

El virus de la COVID-19 tiene un largo período de incubación. Usted o sus proveedores de atención médica podrían tener el virus y no manifestar signos, lo cual no implica que no sean altamente contagiosos. Es difícil determinar quién está infectado por el virus de la COVID-19 debido a la baja disponibilidad del análisis de detección.

Debido a la frecuencia y el momento de las consultas odontológicas de los demás pacientes, las características del virus y de los tratamientos odontológicos, existe un riesgo elevado de contraer el virus simplemente por estar en el consultorio odontológico.

Durante los tratamientos odontológicos, se emiten gotas de agua, que son una de las formas en que se propaga la enfermedad. Como las gotas de agua son ultrafinas, pueden permanecer en el aire durante mucho tiempo, lo que permite la transmisión del virus de la COVID-19 a las personas que se encuentran cerca.

No puede usar un barbijo para prevenir infecciones durante el tratamiento porque los proveedores de atención médica deben trabajar dentro de la boca para brindarle atención. Esto lo expone a un riesgo de contagio de COVID-19 durante el tratamiento odontológico.

Según las declaraciones de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los EE. UU. (CDC) y la Asociación Odontológica Estadounidense (ADA), se reprogramará el tratamiento no esencial o electivo en función de lo que determine nuestro personal. De acuerdo con la ADA, las urgencias odontológicas son aquellas que son "potencialmente mortales y requieren tratamiento de inmediato para detener una hemorragia en curso [o] aliviar el dolor o una infección grave". La ADA también recomienda que se brinde atención odontológica urgente que "se centre en el tratamiento de afecciones que requieren atención inmediata para aliviar el dolor intenso o disminuir el riesgo de infección, y para disminuir la carga asistencial en los servicios de urgencia de los hospitales" de la manera más eficiente posible.

Confirmando que he leído la información que figura anteriormente y que entiendo y acepto que existe un mayor riesgo de contraer COVID-19 en el consultorio odontológico o durante un tratamiento odontológico. Asimismo, confirmo que necesito tratamiento por una afección que cumple con los criterios de emergencia o urgencia mencionados anteriormente. Entiendo y acepto el riesgo adicional de contraer COVID-19 por estar en este consultorio. También reconozco que podría contraer COVID-19 fuera de este consultorio y de forma no relacionada con mi consulta.

He leído y comprendo la información mencionada anteriormente:

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

## PANDEMIA DE COVID-19 (CORONAVIRUS)

### DIVULGACIÓN DE ENFERMEDADES DEL PACIENTE

En vistas de la pandemia de COVID-19, este formulario de divulgación de enfermedades del paciente busca obtener información sobre usted que debemos contemplar antes de tomar decisiones sobre su tratamiento.

Los pacientes inmunodeprimidos (incluidos, entre otros, los que tienen diabetes, asma o EPOC; que estén recibiendo tratamiento oncológico, radioterapia, quimioterapia; o que tengan alguna enfermedad o afección médica previa o actual) tienen un mayor riesgo de contraer COVID-19. Infórmenos sobre cualquier que tenga que pueda influir sobre el sistema inmunitario, y tenga presente que podremos solicitarle que re programe el tratamiento después de revelarnos dicha afección.

También es importante que informe al consultorio cualquier indicio de haber estado expuesto a COVID-19 o si ha tenido algún signo o síntoma asociado con el virus.

	<b>Sí</b>	<b>No</b>
¿Tiene fiebre o temperatura superior a la normal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido dificultad para respirar o sentido que le falta el aire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene tos seca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene secreción nasal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha perdido o le ha disminuido recientemente el sentido del olfato?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Le duele la garganta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha estado en contacto con alguien que ha dado positivo por COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha dado positivo por COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Le han hecho el análisis de detección de COVID-19 y está esperando los resultados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha viajado fuera de los Estados Unidos en avión o crucero en los últimos 14 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha viajado dentro de los Estados Unidos en avión, autobús o tren en los últimos 14 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comprendo y acepto la información anterior, así como los riesgos y las precauciones relacionados con la inmunodeficiencia, y he informado a mi médico todos mis antecedentes médicos que puedan debilitar el sistema inmunitario.

Al firmar este documento, confirmo que las respuestas que brindé anteriormente son veraces y precisas.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo