

## Consentimiento Informado para Tratamiento Odontológico en el marco de la Pandemia COVID-19

Yo, \_\_\_\_\_ como padre/madre, o tutor de \_\_\_\_\_ estoy informado y doy mi consentimiento para que mi representado reciba tratamiento odontológico bajo las condiciones determinadas en el tiempo de **Pandemia COVID-19**.

Comprendo que el virus **SARS-CoV-2** tiene un tiempo largo de incubación donde sus portadores pueden estar asintomáticos, siendo este período altamente contagioso. No hay posibilidad de determinar quién es portador del virus y quién no, a no ser que se realicen las pruebas virales.

Entiendo que los procedimientos odontológicos pueden generar **aerosoles** que **permiten la diseminación de la enfermedad**. La naturaleza ultra fina del aerosol que producen los equipos dentales permiten la suspensión del virus en el aire por minutos u horas, lo cual puede ser un eventual foco de transmisión del virus.

Entiendo que, a pesar del cumplimiento de normas de bioseguridad del establecimiento existe el riesgo de contraer el virus, debido a la presencia de otros pacientes, a las características del virus y al procedimiento odontológico.

El Ministerio de Salud ante la situación de pandemia actual, recomienda **suspender todos aquellos tratamientos odontológicos electivos o programados, postergando las atenciones que no afecten la evolución o estado de salud general del paciente**. Limitando el tratamiento a patologías agudas e infecciosas, traumatismos, dolor de origen odontológico y/o condiciones que interfieran de forma significativa las funciones bucales o que puedan generar agudización en el corto plazo.

He tomado conocimiento de lo anteriormente expuesto y solicito tratamiento por una condición clínica que le afecta a mi hijo(a). Entiendo que, aun cuando los organismos internacionales de salud recomiendan el distanciamiento social de mínimo 1,8 metros, esto es imposible de respetar durante el tratamiento odontológico.

Declaro que he contestado a todas las preguntas sin omitir nada sobre mi salud ni la de mi hijo(a).

Con el presente documento doy fe que he entendido y aclarado todas mis dudas. Reconozco la necesidad de recibir la atención y doy mi autorización para ser atendido bajo las condiciones que en este documento se explica. Expongo también que se me aplicó la encuesta de evaluación de síntomas y declaro la veracidad de mis respuestas.

Nombre odontólogo :	Rut Representante :
Rut Odontólogo:	Firma Representante :
Firma Odontólogo :	Fecha :