



COLEGIO DE ODONTÓLOGOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES
DISTRITO II

Consentimiento de atención odontológica COVID-19

EL PRESENTE CUESTIONARIO DEBE SER CONTESTADO DE PUÑO Y LETRA Y FIRMADO POR PARTE DEL PACIENTE Y/O TUTOR RESPONSABLE.

Lugar _____ Fecha __/__/____

Odontólogo/a _____

MP _____ Nombre y Apellido del Paciente _____ DNI

_____ Nombre y Apellido del Responsable (en caso de que corresponda)

Temperatura corporal: _____

Este procedimiento está indicado para detectar potenciales casos sospechosos de COVID- 19:

- Tiene fiebre o la ha tenido en los últimos 14 días (temperatura mayor a 37°)? ____
- Ha tenido tos o cualquier otro signo respiratorio en los últimos 14 días? _____
- Ha tenido o tiene diarrea, vómitos u otras molestias digestivas en los últimos 14 días? _____
- Tiene o ha tenido sensación de mucho cansancio o malestar en los últimos 14 días? _____
- Tiene o ha tenido dolor de cabeza en los últimos 14 días? ____
- Ha notado una pérdida del sentido del gusto o del olfato en los últimos 14 días? ____
- Ha estado en contacto o conviviendo con alguna persona sospechosa o confirmada de coronavirus en los últimos 14 días? _____

En caso afirmativo , ¿sigue en cuarentena?, indique fecha de diagnóstico y el alta médica _____

- Ha sido diagnosticado como COVID-19? _____
En caso de haber estado enfermo, ¿sigue usted en cuarentena?, indique fecha de diagnóstico y el alta médica. _____

En función del presente documento el profesional tomará la decisión clínica de atender el paciente, demorar el tratamiento odontológico en el supuesto que sea posible o derivarlo a un centro asistencial.

Respuestas SI a cualquiera de las preguntas del cuestionario se recomienda: 1. Si la necesidad de atención es una urgencia se atiende 2. Si la necesidad de atención no



COLEGIO DE ODONTÓLOGOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES
DISTRITO II

responde a una urgencia se reprograma.

El profesional deberá actualizar esta información en función de la actualización de lo que se considere CASOS SOSPECHOSOS, por parte del Área de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Yo,..... por voluntad propia y debidamente informado/a consiento recibir tratamiento odontológico de emergencia/urgencia a ser realizado durante la Pandemia de COVID-19. Entiendo que el virus COVID-19 tiene un periodo largo de incubación durante el cual sus portadores pueden estar asintomáticos, siendo altamente contagioso. Entiendo que al momento, debido a las limitaciones para la realización de las pruebas virales, es imposible determinar quién es portador del virus y quién no.

Los procedimientos odontológicos pueden generar aerosoles que permiten la diseminación de la enfermedad. La naturaleza ultrafina del aerosol que producen los equipos le permite permanecer suspendido en el aire por minutos o hasta horas ,lo cual puede transmitir el virus COVID-19. Entiendo que, a pesar del seguimiento de normas de bioseguridad en el consultorio odontológico, debido a la presencia de otros pacientes, a las características del virus y del procedimiento odontológico, existe un riesgo elevado de contraer el virus por el solo hecho de permanecer en el consultorio. He sido informado que las directrices de todas las instituciones de salud internacionales, ante la situación de pandemia actual. Confirmando que solicito tratamiento por una condición clínica que está enmarcado en los criterios anteriormente expuestos. Confirmando que no presento, ni he presentado en los últimos 14 días, ninguno de los síntomas de COVID-19 de la siguiente lista: fiebre, dificultad respiratoria, tos seca, Secreción nasal, dolor de garganta, dolor de cabeza, vomitos, diarrea, falta olfato ni gusto. Declaro que no he estado en contacto con alguna persona con confirmación de COVID- 19 o con cuadro respiratorio agudo en los últimos 14 días. Entiendo que organismos internacionales de salud recomiendan el distanciamiento social de mínimo 1,8 metros, lo cual es imposible durante el tratamiento odontológico

Declaro haber sido informado y haber comprendido acabadamente la conveniencia y el objetivo del presente cuestionario "CONSENTIMIENTO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA COVID-19 " y las consecuencias de no responder correctamente las preguntas indicadas.



**COLEGIO DE ODONTÓLOGOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES
DISTRITO II**

Firma del Paciente y Aclaración DNI _____

Firma del Profesional y Aclaración MP _____