

Folio Nº

Consentimiento básico atención odontológica-COVID-19

Lugar _____ Fecha __/__/__

Odontólogo/a _____ MP _____

Nombre y Apellido del Paciente _____ DNI _____

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

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

Usted tiene derecho a conocer el motivo por el cual se desarrolla el presente cuestionario. Este documento intenta explicarle todas estas cuestiones, léalo atentamente y consulte todas las dudas que se le planteen. Le recordamos que, por imperativo legal, tendrá que firmar, usted o su representante legal, el consentimiento informado para que pueda realizarle los procedimientos odontológicos a futuro. A propósito, declaro haber sido informado y haber comprendido acabadamente la conveniencia y el objetivo del presente cuestionario "CONSENTIMIENTO BÁSICO ATENCIÓN ODONTOLOGICA COVID-19" y las consecuencias de no responder correctamente las preguntas indicadas. Este procedimiento está indicado para detectar potenciales casos sospechosos de COVID-19.

¿TIENE FIEBRE O LA HA TENIDO EN LOS ULTIMOS 14 DIAS?

¿HA TENIDO PROBLEMAS RESPIRATORIO (INCLUYENDO TOS) EN LOS ULTIOS 14 DIAS?

¿HA VIAJADO A PAISES DE RIESGO EN LOS ULTIMOS 14 DIAS?

¿HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUNA PERSONA CON CONFIRMACION DE CORONAVIRUS?

¿HA ESTADO EN CONTACTO ESTRECHO CON PERSONAS QUE PRESENTABAN CUADRO RESPIRATORIO AGUDO EN LOS ULTIMOS 14 DIAS?

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

El esquema de decisión de atención durante la pandemia de COVID-19 es:

Respuesta SI a algunas de las preguntas del cuestionario.

1) Demorar el tratamiento dental (salvo urgencias) 14 días.

2) Si el paciente presenta fiebre (temperatura mayor a 37, 3º) debe concurrir de inmediato a un centro asistencial por posible contagio con COVID-19.

Respuesta NO a todas las preguntas del cuestionario.

1) Si el paciente presenta fiebre (temperatura mayor a 37. 3º), demorar el tratamiento dental (salvo urgencias) 14 días.

2) Si el paciente no presenta fiebre, realizar el tratamiento con las medidas de bioseguridad correspondientes.

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 Córdoba.

Firma del Profesional y Aclaración

MP

Firma del Paciente y Aclaración

DNI