

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
**TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO Y DE ESPECIALIDAD ODONTOLÓGICA**  
**CONTINGENCIA Y EMERGENCIA SANITARIA POR DECLARACIÓN DE PANDEMIA COVID-19**  
**CONFIRMACIÓN DE PACIENTE POR CONTAGIO O SOSPECHA**

Yo, \_\_\_\_\_, voluntariamente acepto tener un tratamiento odontológico de emergencia durante la **CONTINGENCIA Y EMERGENCIA SANITARIA POR DECLARACIÓN DE PANDEMIA COVID-19**.

Yo confirmo y manifiesto bajo protesta de decir verdad que no estoy presentando ninguno de los siguientes síntomas de la definición operacional de la Fase 2 COVID-19 enumerados a continuación:

**1. CASO SOPECHOSO:**

Persona que, en los últimos 7 días, haya presentado dos de los siguientes signos y síntomas:

- **TOS, FIEBRE o CEFALEA.**

Acompañadas de al menos uno de los siguientes:

- Disnea (dificultad para respirar dato de gravedad)
- Artralgias (dolor en articulaciones)
- Mialgias (dolor muscular)
- Odinofagia (ardor dolor faríngeo- de garganta)
- Rinorrea (flujo de secreción por nariz)
- Conjuntivitis (inflamación interna del ojo)
- Dolor Torácico

\*EN MENORES DE 5 AÑOS LA IRRITABILIDAD PUEDE SUSTIRUIR A LA CEFALEA

**2. CASO CONFIRMADO:**

Persona que cumpla con la descripción de caso sospechoso y que cuente con

**DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR LA RED NACIONAL DE LABORATORIOS DE SALUD PÚBLICA  
RECONOCIDOS POR EL INDR.**

Valido que no soy caso sospechoso o confirmado y autorizo mi atención Odontológica,

Firma del paciente, tutor o representante legal del paciente: \_\_\_\_\_

**Se me ha explicado de manera verbal y/o por texto que la vía de transmisión del nCOV-2019 es a través de gotas de saliva y contacto directo con superficies contaminadas, por lo que el profesional de la salud de odontología y el paciente tienen una mayor exposición, debido al uso de equipo rotatorio para el tratamiento, que genera aerosoles con saliva y sangre (portadores del virus) que se dispersan en el ambiente, además de la proximidad con la que trabaja el odontólogo con el paciente (menor de 50 centímetros).**

- Conozco que se realizan los procesos de limpieza y desinfección general, de los espacios de áreas comunes, sala de espera, tránsito de personas, así como las medidas de prevención para la desinfección personal con el uso de gel antibacterial a todo paciente que llega y el lavado de manos.
- El personal de atención realiza los procesos de control de infecciones cruzadas, como son el lavado de manos en todo momento previo, durante y posterior a los procedimientos, ocupa equipo de protección personal nuevo y desechable para la atención de cada paciente, el mobiliario y equipo del cubículo de atención, así como todo el material que se usa para mi atención es previamente desinfectado y esterilizado, de la misma manera posterior a la atención que se realiza.
- Entiendo que los hábitos de las personas que circulan en la calle, las áreas comunes, además de los procedimientos clínicos, por las características del virus, generan que me encuentre en el grupo de alto riesgo de contagio, esto disminuye con las medidas de control de infecciones antes mencionadas.
- Tengo conocimiento que la atención odontológica que genere aerosol y aspersión de saliva se recomendará su reprogramación. Solamente se brindará la atención a procesos considerados de emergencia odontológica cuando sea estrictamente necesario para lesiones o alteraciones como prioritarias de atención, siempre y cuando el paciente se considere aparentemente sano, en caso de ser paciente contagiado o sospechoso deberá referirse a su atención hospitalaria.
- Yo manifiesto bajo protesta de decir verdad que estoy buscando tratamiento para una afección que cumple con los criterios de **ATENCIÓN DE EMERGENCIA ODONTOLÓGICA**, fuerte dolor, inflamación, exudado purulento, limitación en la apertura, traumatismo, sangrado excesivo, aumento de volumen, limitación en movimientos de la masticación o los que considere mi Odontólogo/o tratante.

**Nombre y firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Huella Dactilar**                      **Testigos:** \_\_\_\_\_