

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19

En cumplimiento de los derechos y obligaciones de los pacientes, en materia de información y documentación clínica y de las recomendaciones de la Dirección General de la Salud, del MSP, del 31 de marzo de 2020, ante el estado de emergencia nacional sanitaria por COVID-19.

Yo,.....con C.I..... como paciente, o como representante legal de con CI, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, DECLARO que:

- el Doctor/Bachiler..... me ha explicado, en términos comprensibles, que necesito la realización del tratamiento odontológico, indicado para mi motivo de consulta;
- se me ha interrogado si, en los últimos 14 días, he padecido algunos de los siguientes síntomas:

Fiebre Fatiga Tos Dolor de garganta Dificultad para respirar Falta de apetito

Pérdida de gusto y/o olfato Dolores musculares Contacto con COVID Positivo

Viajó al extranjero en los últimos 14 días Otros _____

- se me ha advertido sobre las vías de transmisión del COVID-19 (gotas de saliva y contacto directo con superficies contaminadas), por lo cual, tanto él/ella como yo, estamos más expuestos a la eventual dispersión de aerosoles, y a la necesidad de disminuir la distancia aconsejada, a menos de 50 centímetros.

Tratamiento(s) propuesto(s)

Riesgos del (de los) procedimiento(s)

Manifiesto, además, que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

En tales condiciones, **CONSIENTO** en que sea llevado a cabo el tratamiento adecuado.

Montevideo, de de 20.....

Firma del paciente (o responsable)

Aclaración

C.I.

Estudiante responsable

Profesional responsable de la Clínica de _____

Firma del Profesional responsable

Aclaración

N° CJPPU

Informado el Usuario y su Representante Legal de los riesgos que asume al no aceptar el tratamiento propuesto manifiesto su **NO CONSENTIMIENTO**.

Clínica:

Firma Profesional responsable

Firma Paciente/Rep. Legal

Aclaración de firma

Aclaración de firma C.I.

Autorizo al profesional y/o a la Institución el uso, difusión con fines didácticos y/o científicos, de todo el material obtenido durante mi tratamiento, por ejemplo: fotografía, modelos, radiografías. Datos serán extraídos de la base de Facultad HIFO, manteniéndose el anonimato y confidencialidad.

Firma Paciente/ Representante Legal C.I.

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO O ALTA VOLUNTARIA

El paciente y/o su representante revoca el consentimiento informado aceptado con fecha y declara su deseo de abandonar el tratamiento propuesto, responsabilizándose por las consecuencias de la presente revocación.

Firma Paciente/Rep. Legal

Aclaración de firma C.I.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ACTUACIÓN FRENTE A EXPOSICIONES ACCIDENTALES ANTE AGENTES BIOLÓGICOS

El pacientey/o su representante autoriza a seguir el protocolo de actuación que consiste en la información de los hechos, registro, realización de análisis del paciente (fuente) como del personal implicado y seguimiento en centros especializados.

Firma Paciente/Rep. Legal

Aclaración de firma C.I.