

Anamnesis y Consentimiento Atención Dental Coronavirus COVID-19

Fecha _____ Temperatura _____

1.- Tiene o ha tenido: fiebre, tos, dolor de garganta, dolor de cabeza, dificultad para respirar, malestar general, malestar muscular y/o abdominal, alteración del olfato, u otro síntoma relacionado en los últimos 14 días?

SI _____ NO _____

CUALES:

2.- ¿Ha estado en contacto con alguna persona con los síntomas anteriormente descritos o con cuadro respiratorio agudo?

SI _____ NO _____

3.- ¿Ha estado con alguna persona con confirmación de Coronavirus?

SI _____ NO _____

4.- ¿A qué se dedica? _____

5.- ¿Trabaja en una residencia de adultos mayores?

SI _____ NO _____

6.- ¿Trabaja en algún Hospital, Clínica o Posta o Centros de salud o similar?

SI _____ NO _____

Teniendo en cuenta la situación de salud pública que se presenta a nivel mundial, la pandemia del virus COVID-19 y los medios de contagio, es que he sido informado de las limitaciones y riesgos y estoy consciente que la realización de un tratamiento odontológico aumenta mi probabilidad de contagio, ya que los aerosoles que se generan durante cualquier tratamiento odontológico son de alto riesgo; y conociendo las advertencias del profesional y garantizándome la correcta implementación de los protocolos de asepsia - antisepsia y protocolos de atención descritos por el Ministerio de Salud, y que he sido informado en forma clara de la situación actual, limitaciones y riesgos, en pleno uso de mis facultades mentales, por medio de la presente constancia, yo _____

RUT _____ Autorizo a mi odontólogo (a) _____

a realizarme el tratamiento odontológico que él encuentre pertinente sin importar que sea un tratamiento de carácter urgente o programado y lo exonero de cualquier responsabilidad en cuanto a mi salud. Que se me han resuelto todas las dudas e interrogantes y se me ha explicado correctamente lo anterior y por la presente liberar al doctor (a) en mención, a sus empleados y a Clínica Dental OdontoStetic de alguna responsabilidad frente a la situación actual y los riesgos descritos anteriormente. Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y se me ha explicado correctamente lo anterior

Firma del Paciente: _____

Nombre apoderado: _____ Rut: _____

Firma: _____