



# FEDERACIÓN ODONTOLÓGICA ECUATORIANA

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO DE EMERGENCIA/URGENCIA ODONTOLÓGICA EN EL MARCO DE LA PANDEMIA DE COVID-19

Yo, \_\_\_\_\_, con Cédula de Identidad No. \_\_\_\_\_, representante legal de: \_\_\_\_\_ con Cédula de Identidad No. \_\_\_\_\_, por voluntad propia y debidamente informado(a) consiento recibir tratamiento odontológico de EMERGENCIA/URGENCIA 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 quien es portador del virus y quién no.
- Entiendo que los procesos 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 \_\_\_\_\_ (nombre del consultorio o profesional).
- He sido informado de las directrices de todas las instituciones nacionales e internacionales de salud, ante la situación de la pandemia que recomiendan suspender la realización de tratamiento odontológico electivo. La consulta odontológica se limita al tratamiento de dolor, infección y condiciones que interfieran de forma significativa las funciones bucales o que puedan generar agudización de una de estas condiciones: \_\_\_\_\_ (Código CIE 10).
- Confirmando que solicito tratamiento por una condición clínica que está enmarcado en los criterios anteriormente expuesto \_\_\_\_\_ (Código CIE 10).
- Ratifico 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, \_\_\_\_\_ (Otros)
- 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 \_\_\_\_\_ (Otros).



## FEDERACIÓN ODONTOLÓGICA ECUATORIANA

- Entiendo que viajar por transporte aéreo incrementa significativamente el riesgo de contraer y transmitir el virus COVID-19. Constato que no he realizado viajes por transporte aéreo en los últimos 14 días \_\_\_\_\_ (Otros).
- Entiendo que organismos nacionales e internacionales de salud recomiendan el distanciamiento social de mínimo 2 metros, lo cual es imposible durante el tratamiento odontológico \_\_\_\_\_ (aceptación del Tratamiento Odontológico de Urgencia).

**Nombre y Apellido del paciente:** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_ **CI:** \_\_\_\_\_

**En caso de ser menor de edad o persona con Discapacidad:**

**Nombre y Apellido del Representante legal:** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_ **CI:** \_\_\_\_\_

**Odontólogo Tratante:** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_

**CI:** \_\_\_\_\_ **Código:** \_\_\_\_\_

**Lugar y fecha:** \_\_\_\_\_