

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DENTAL PANDÉMICO COVID-19

Advanced Family Dental & Orthodontics
2241 Theodore St
Crest Hill, IL 60403

_____ [Nombre], a sabiendas y voluntariamente consiento recibir
tratamiento dental durante la pandemia de COVID-19.

_____ *Iniciales* Comprendo que si bien el riesgo general para la población general es bajo, debido a la frecuencia de visitas de otros pacientes dentales, las características del virus COVID-19 y las características de los procedimientos dentales, tengo un riesgo elevado de contraer virus por estar en un consultorio dental. Si bien este consultorio dental está tomando precauciones adicionales para protegernos a mí y a su equipo, acepto cualquier riesgo relacionado con la contracción del virus, y no culparé a este consultorio dental, a su personal ni a ninguna otra entidad afiliada.

_____ *Iniciales* Debido a la naturaleza de la pandemia de COVID-19, entiendo que el monitoreo postoperatorio es difícil y que mi médico puede optar por realizar estos servicios de forma remota para mitigar los riesgos para mí y el equipo dental.

_____ *Iniciales* Después de mi procedimiento, entiendo que puedo estar en mayor riesgo de infección adicional y acepto seguir las pautas de distanciamiento social, mejorar la higiene de las manos y cualquier pauta estatal y local aplicable.

_____ *Iniciales* Confirmando que no tengo ninguno de los siguientes síntomas de COVID-19 (actualmente o durante los últimos 14 días): fiebre, falta de aliento, tos seca, secreción nasal, dolor de garganta.

_____ *Iniciales* Confirmando que no he estado en contacto con una persona a la que se le ha diagnosticado (o dado positivo) COVID-19 en los últimos 14 días.

_____ *Iniciales* Estoy de acuerdo en que si tuviera algún síntoma o me diagnosticaran COVID-19, me comunicaría inmediatamente con mi dentista para que se puedan tomar las medidas adecuadas para limitar la propagación de este contagio. También reconozco y entiendo que si tengo una prueba COVID-19 positiva o me diagnostican con COVID-19, la ley puede requerir que mi dentista revele tal hecho a las autoridades de salud pública.

_____ *Iniciales* También entiendo que mi consultorio dental incurrirá en costos de materiales sustancialmente más altos para el equipo de seguridad mejorado para protegernos a mí y al equipo durante la pandemia de COVID-19. Me han informado que se puede aplicar una **Tarifa de Control de Infecciones de \$10** a mi visita. Acepto la responsabilidad de esta tarifa si es aplicable y acepto pagar esta tarifa al momento del servicio. Entiendo que esta tarifa ayuda a cubrir solo una parte de los costos adicionales como resultado de COVID y esta tarifa ayuda a que mi consultorio dental permanezca solvente.

_____ *Iniciales* También entiendo que durante la pandemia de COVID-19, mi consultorio dental puede tener menos citas disponibles para permitir más tiempo para la preparación y una mayor desinfección entre los pacientes. Por lo tanto, acepto que si no puedo cumplir con la hora programada de mi cita, notificaré al consultorio dental con **al menos 48 horas** de anticipación. Por lo tanto, reconozco y acepto **una tarifa de cita perdida de \$ 50** por no presentarse a la hora de mi cita designada o por proporcionar a la oficina un tiempo de notificación insuficiente (menos de 48 horas de anticipación) para cualquier cambio o cancelación de mi cita. Entiendo que ningún beneficio de seguro dental comercial o gubernamental cubre el costo de las tarifas de citas perdidas y que soy responsable de esta tarifa.

Firme a continuación para reconocer la comprensión y el acuerdo con las declaraciones anteriores:

Si el paciente es menor de 18 años, un padre o tutor debe firmar a continuación para consentir el procedimiento con plena comprensión y aceptación de tales divulgaciones y riesgos.

Nombre del paciente: _____

Nombre del padre / guardián (si el paciente es menor de 18 años): _____

Firma: _____

Fecha: _____