

**DANETTE OSBOURNE-SMART, DDS, PLLC
DbA/SMART ORTHODONTICS
8220 UNIVERSITY EXECUTIVE PARK DRIVE, SUITE 105
CHARLOTTE, NC 28262**

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA
CORONAVIRUS (COVID-19)**

Yo, _____ estoy solicitando tratamiento de emergencia o de urgencia para mí o para mi (hijo(a) / supervisado (a) legal) _____ por la oficina SMART ORTHODONTICS y sus proveedores. Yo entiendo que estamos durante la pandemia mundial del Corona Virus (COVID-19). También entiendo que esta oficina no va a poder proveer tratamiento a mí o a mi hijo(a) / supervisado legal sin haber estado informado de hechos presentados más adelante y mi consentimiento de informar asuntos futuros a esta oficina, referente a lo que se va a presentar a continuación. Yo consiento de manera voluntaria e informada a recibir tratamiento de emergencia o de urgencia. **NUESTRA OFICINA ESTÁ TOMANDO TODAS LAS MEDIDAS NECESARIAS PARA PROTEGER A LOS DOCTORES, EMPLEADOS Y A LOS PACIENTES DEL COVID-19, HABIENDO SIEMPRE UN RIESGO QUE ESTÁ FUERA DE NUESTRO CONTROL.**

Indicando con mis iniciales, yo reconozco y entiendo cada una de las siguientes declaraciones:

_____ (inicial) Yo entiendo que debido a la frecuencia de visitas de otros pacientes, las características de los procedimientos dentales y las características del COVID-19, tengo un riesgo elevado de contraer COVID-19 por estar en una oficina dental.

_____ (inicial) Yo entiendo que el Centro de Control de Infecciones (CDC) recomienda distanciamiento social de al menos 6 pies por un período de 14 días, a toda persona que tenga o que haya sido expuesta al COVID-19 y entiendo que esto no es posible al proveer este tratamiento dental.

_____ (inicial) Yo entiendo que las directrices del CDC y la Asociación Dental Americana (ADA) dicen que NO recomiendan tratamiento que NO sea urgente debido a la pandemia del COVID-19 y que todas las visitas dentales deben ser limitadas a tratamiento de dolor, infección, condiciones que inhiben la función normal de los dientes o cavidad oral y situaciones que puedan causar lo antes mencionado en los próximos 3 a 6 meses.

_____ (inicial) Yo entiendo que los procedimientos dentales generan aerosol, los cuales pueden ser una fuente de transmisión del virus del COVID-19 y que la naturaleza del aerosol ultrafino puede quedarse en el aire y en el ambiente desde varios minutos hasta varias horas, lo cual pudiera ser una fuente de transmisión del COVID-19.

_____ (inicial) Yo entiendo que hay un período largo de incubación del COVID-19 y durante ese tiempo los portadores del virus NO pudieran estar presentando síntomas y NO estén al tanto de estar contagiados con el COVID-19, pero que a su vez estén altamente contagiosos. También entiendo que debido a los limitados recursos disponibles, NO es posible determinar quién pudiera tener COVID-19 y NO estar presentando síntomas.

Con el propósito de recibir tratamiento de emergencia tal y como lo indiqué anteriormente con mis iniciales, yo verifico y confirmo a esta oficina lo siguiente:

_____ (inicial) No estoy actualmente teniendo y no he tenido por los pasados 14 días ninguno de los siguientes síntomas del COVID-19:

- fiebre / sudoración
- dolor en el cuerpo
- garganta irritada
- tos seca
- dificultad respiratoria / corto de respiración especialmente al toser

_____ (inicial) No he viajado fuera de los Estados Unidos en los pasados 14 días a países que han sido afectados por el COVID-19.

_____ (inicial) Estoy buscando tratamiento para las condiciones antes mencionadas y que cumplen con los criterios del CDC y del ADA.

_____ (inicial) No he viajado domésticamente en los Estados Unidos por aerolínea comercial, autobús, tren u otros medios de transportación pública en los pasados 14 días.

Con el propósito de recibir tratamiento de emergencia tal y como lo indiqué anteriormente con mis iniciales, y con el propósito de asistir en bajar la curva de contagio del COVID-19, yo estoy de acuerdo con lo siguiente:

_____ (inicial) Si durante los próximos 14 días presento cualquier síntoma del COVID-19, informaré a esta oficina inmediatamente y también les informaré de cualquier resultado de pruebas y órdenes de cuarentena que haya recibido.

_____ (inicial) Yo entiendo que mi comunicación con esta oficina referente a cualquier síntoma del COVID-19 es crítica para bajar la curva de contagio del COVID-19 y autorizo a esta oficina a proveer consentimiento informado a otras agencias y/o pacientes para que de otra manera tengan medidas de protección.

_____ (inicial) Yo entiendo que esta oficina no compartirá ni va a difundir ninguna de mi información médica protegida para algún propósito prohibido o ilegal.

Nombre del paciente: _____ Firma del paciente o encargado: _____

Fecha: _____

