



ALPHARETTA OFFICE
 3450 Old Milton Pkwy # 110
 Alpharetta, GA 30005
 Ph: (678) 562-1555, Fax: (678) 562-1556
 Email: frontdesk@acefamilydental.com

NORCROSS OFFICE
 3985, Steve Reynolds Blvd,
 Suite K101, Norcross, GA 30093
 Ph: (770) 806-1255, Fax: (770) 806-1254
 Email: norcross@acefamilydental.com

LILBURN OFFICE
 3993, Lawrenceville Hwy,
 #100, Lilburn, GA 30047
 Ph: (770) 279-2020, Fax: (770) 279-1222
 Email: frontdesk@theaffordabledental.com

Formulario de Consentimiento de Tratamiento Dental de Emergencia Pandemia COVID-19

Nombre del Paciente: _____

Fecha: _____

Consiento a sabiendas y voluntariamente que se complete un tratamiento dental de emergencia durante la pandemia COVID-19.

Entiendo que el virus COVID-19 tiene un periodo largo de incubación durante el cual el portador del virus puede no mostrar síntomas y aun así ser altamente contagioso. Es imposible determinar quién lo tiene y quién no debido a las limitaciones actuales en la prueba del virus.

Los procedimientos dentales crean un rocío de agua que es la forma en que se propaga la enfermedad. La naturaleza ultra fina del rocío puede permanecer en el aire por minutos algunas veces horas, lo que puede transmitir el virus COVID-19.

- Entiendo que debido a la frecuencia de las visitas de otros pacientes dentales, las características de virus, y las características de los procedimientos dentales, tengo un riesgo elevado de contraer el virus simplemente por estar en un consultorio odontológico.
- Se me ha informado de las directrices de la CDC y de la ADA que bajo la pandemia actual, no recomiendan la realización de cuidados dentales que no se traten de emergencias. Las visitas médicas deben estar limitadas al tratamiento de dolor, infección, condiciones que inhiben significativamente el funcionamiento normal de los dientes y la boca, y problemas que pueden causar cualquiera de los antes mencionados en los próximos 3 a 6 meses.
- Confirmando que estoy buscando tratamiento para una condición que cumple con esos criterios.

Confirmando que no estoy presentando ninguno de los siguientes síntomas del COVID-19 que se mencionan a continuación:

- Fiebre
- Falta de Aliento
- Tos Seca
- Secreción Nasal
- Dolor de Garganta
- _____ (Inicial)

Entiendo que los viajes aéreos aumentan significativamente mi riesgo de contraer y transmitir el virus COVID-19. Y la CDC recomienda un distanciamiento social de al menos 6 pies por un periodo de 14 días para cualquiera que tenga el virus, y eso no es posible en la odontología.

- Confirmando que no he viajado fuera de los Estados Unidos en los últimos 14 días a países que han estado afectados por el COVID-19.
- Confirmando que no he realizado viajes domésticos dentro de los Estados Unidos a través de líneas aéreas comerciales, autobús o tren en los últimos 14 días.

Firma del Paciente (o Tutor Legal): _____

Fecha: _____