

SUPLEMENTARIO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tratamiento dental de ortodoncia y pediatría en la era de Covid-19

Gracias por su continua confianza en nuestra práctica. Al igual que con la transmisión de cualquier enfermedad contagiosa como un resfriado o gripe, puede estar expuesto a Covid-19, también conocido como "Coronavirus" en cualquier momento o en cualquier lugar. Tenga la seguridad de que siempre hemos seguido las regulaciones estatales y federales y hemos recomendado protocolos universales de protección y desinfección de personas para limitar la transmisión de todas las enfermedades en nuestra oficina y continuar haciéndolo.

A pesar de nuestra cuidadosa atención a la esterilización, la desinfección y el uso de barreras personales, todavía existe la posibilidad de que pueda estar expuesto a una enfermedad en nuestra oficina, tal como lo estaría en su gimnasio, supermercado o restaurante favorito. La "distancia social" en todo el país ha reducido la transmisión del coronavirus. Aunque hemos tomado medidas para proporcionar distanciamiento social en nuestra práctica, debido a la naturaleza de los procedimientos que brindamos, no es posible mantener el distanciamiento social entre el paciente, el dentista, el personal y, a veces, otros pacientes en todo momento. Al firmar este formulario, comprende y acepta estos riesgos y acepta el tratamiento.

Nombre del paciente

padre / tutor (si corresponde)

Relación

Firma del paciente / padre / tutor

Fecha