CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA CON CONTEXTO DE PANDEMIA ( COVID-19)

1) Autorizo al Dr./Dra……………………. a realizar el tratamiento informado.

2) He conversado con el profesional sobre la naturaleza y propósito del tratamiento, sobre la posibilidad de complicaciones, los riesgos y posibles métodos alternativos.

3) Autorizo al profesional a proveer los servicios o tratamientos adicionales que considere razonables, incluyendo la administración de anestesia local, prácticas radiológicas y otros métodos de diagnóstico. He podido preguntar y he comprendido todo lo informado.

……………………… ………………………... Firma y sello del profesional Firma y aclaración del paciente ..

………….., ….. de…………………. de 2021.

…………………………………….., DNI:…………………………, acepto y solicito la atención odontológica del Dr. …………………………- El mismo me ha manifestado que me brindará dicha asistencia profesional circunscripta al caso, debido a la emergencia / urgencia odontológica que padezco, y que consiste en …………………………………………………… Me ha explicado también el riesgo de contagio, y que cumplirá con todas las medidas de asepsia y esterilización correspondiente. He podido preguntar y he comprendido todo lo aquí expresado.

………………………………….. Firma del paciente.