**Confederación Odontológica de la República Argentina**



**CUESTIONARIO PARA PACIENTES**

*Este cuestionario tiene carácter de obligatorio y deberá ser respondido para evaluar la posibilidad de atención.*

Nombre y Apellido: DNI:

**1.** ¿Tiene fiebre o la ha tenido en los últimos 14 días?

**2.** ¿Ha tenido problema respiratorio (incluyendo tos) en los últimos 14 días?

**3.** ¿Tuvo o tiene alteraciones en el gusto o el olfato en los últimos 14 días?

**4.** ¿Ha viajado a países de riesgo en los últimos 14 días?

**5.** ¿Ha estado en contacto con alguna persona con confirmación de coronavirus?

**6.** ¿Ha estado en contacto estrecho con personas que presentaban cuadro respiratorio agudo en los últimos 14 días?

**7.** ¿Ha viajada o reside en zonas de transmisión local (ya sea comunitaria o por conglomerados) de COVID-19 en la Argentina?

**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./Dra. …………………………- El mismo me ha manifestado que me brindará dicha asistencia profesional circunscripta al caso, 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 |