# COVID-19

# FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DE PACIENTES

Yo, (el paciente/tutor), consiento recibir tratamiento de Dr. Renehan durante el brotede COVID-19.

Entiendo que basado en lo que actualmente se sabe acerca de COVID-19 se cree que la propagación ocurre principalmente de persona a persona a través de gotas respiratorias entre los contactos cercanos. Entiendo que el contacto cercano puede ocurrir por estar dentro de aproximadamente 6 pies de alguien con COVID-19 durante un período prolongado de tiempo o por tener contacto directo con secreciones infecciosas de alguien con COVID-19.

Entiendo que los portadores de COVID-19 pueden no mostrar síntomas, pero todavía pueden ser altamente contagiosos.

Entiendo que debido a las incógnitas de este virus, el número de otros pacientes que han estado en la práctica y la naturaleza de los procedimientos realizados aquí, que tengo un mayor riesgo de contraer el virus por estar en la práctica y al recibir tratamiento en la práctica.

Entiendo que los procedimientos dentales tienen el potencial de generar aerosoles, así como posibles salpicaduras y roceaduras; los cuales son algunas de las formas en que COVID-19 puede propagarse. (Inicial)

Entiendo que los síntomas enumerados a continuación son representativos de COVID-19:

* Fiebre
* Tos seca
* Dificultad para respirar
* Temperatura
* Dolor o presión persistentes en el pecho
* Labios o cara azulados

Confirmo que no muestro o actualmente tengo ninguno de los síntomas que son representativos de COVID- 19, que se describen anteriormente: (Inicial)

Entiendo que todos los viajeros que llegan de un país o región con transmisión continua generalizada, como  lo delineó los CDC, deben permanecer en casa durante 14 días para practicar el distanciamiento social y monitorear su salud después de su llegada. Confirmo que no he viajado a ninguno de los países o regiones con transmisión generalizada en curso en los últimos 14 días. (Inicial)

Confirmo, hasta mi punto de conocimiento, que no he tenido contacto cercano con una persona diagnosticada con COVID-19 en los últimos 14 días. (Inicial)

Nombre del paciente:

Firma del paciente/tutor:

Fecha: