

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

- 1) Autorizo al Dr./Dra..... a realizar el tratamiento informado, el cual está circunscripto al caso, debido a la urgencia/emergencia que padezco.
- 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 2020.

....., 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.