



CONSENTIMIENTO / CUESTIONARIO INFORMADO SUPLEMENTARIO

Enfermedades transmisibles y su ortodoncista

Con la transmisión comunitaria de enfermedades transmisibles, podría estar expuesto en cualquier lugar a enfermedades infecciosas. Enfermedades que incluyen pero no se limitan a Covid-19 (también llamado Coronavirus). Nuestra oficina de ortodoncia está siguiendo las regulaciones estatales federales y la protección personal universal recomendada y los protocolos de desinfección para limitar la transmisión de enfermedades transmisibles. Sin embargo, es posible que estas precauciones no siempre serán exitosas para bloquear la transmisión de estas enfermedades.

El distanciamiento Social a nivel nacional ha reducido la transmisión de Covid-19, sin embargo, no es posible proporcionar tratamiento de ortodoncia con distanciamiento social entre el paciente, el ortodoncista, el personal de ortodoncia y a veces, otros pacientes. Al presentarse a sí mismo o a su hijo para recibir tratamiento de ortodoncia, asume y acepta el riesgo de que usted o su hijo puedan estar expuestos accidentalmente a una enfermedad transmisible.

Si ha estado expuesto a una enfermedad contagiosa antes de su cita de ortodoncia, puede transmitir la enfermedad al ortodoncista, al personal de ortodoncia y a otros pacientes / padres en la práctica. Por lo tanto, antes de cada cita, le pedimos que responda las siguientes preguntas:

¿SE HA PROBADO A USTED, A SU HIJO O A OTROS QUE LO ACOMPAÑARON A LA CITA HOY, POSITIVO O DIAGNOSTICADO POR TENER COVID-19? *

SI

NO

Si es así, ¿cuándo?



Month Day Year

DÍGANOS EL NOMBRE DEL PACIENTE: *

¿TIENEN USTEDES, SU HIJO U OTROS QUE LO ACOMPAÑAN A LA CITA ORTODONTICA:FIEBRE? *

SI
NO

¿USTED, SU HIJO U OTROS QUE LO ACOMPAÑAN A LA CITA ORTODONTICA TIENEN:UNA TOS? *

SI
NO

¿USTED, SU HIJO U OTROS QUE LO ACOMPAÑAN A LA CITA ORTODONTICA TIENEN:CORTA DURACIÓN DE LA RESPIRACIÓN Y / O PROBLEMAS DE RESPIRAR? *

SI
NO

¿USTED, SU HIJO U OTROS QUE LO ACOMPAÑAN A LA CITA ORTODONTICA TIENEN:DOLOR PERSISTENTE, PRESIÓN O PRESIÓN EN EL PECHO? *

SI
NO

SI ALGUNO DE USTED TIENE ALGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS O SU PRUEBA RECIENTEMENTE ES POSITIVO Y A SIDO DIAGNOSTICADO CON COVID-19, SE LE PEDIRÁ QUE REPROGRAME OTRA CITA DE ORTODONCIA.

AL FIRMAR ESTE DOCUMENTO, RECONOCE Y ACEPTA EL RIESGO DE EXPOSICIÓN EN NUESTRA OFICINA DE ORTODONCIA A UNA ENFERMEDAD COMUNICABLE, INCLUIDA, PERO SIN LIMITARSE AL COVID-19, Y CONSENTIMIENTO AL TRATAMIENTO.

FECHA: *



Month Day Year

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE O PADRE: *

FIRMA DEL PACIENTE/ PADRES/ PADRES LEGALES
