



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTOS DE URGENCIA EN LA CLÍNICA DENTAL DURANTE LA GESTIÓN DE CRISIS SANITARIA OCASIONADA POR EL COVID-19**

**Complementario al consentimiento sobre el tratamiento específico**

En, \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021

D/Dª \_\_\_\_\_, con DNI \_\_\_\_\_

he sido informado/a por el dentista Dr/a \_\_\_\_\_ colegiado/a nº \_\_\_\_\_ que durante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 (coronavirus) las autoridades sanitarias y el Colegio Oficial de Dentistas de Sevilla permiten exclusivamente la realización en las clínicas dentales de tratamientos que tengan la consideración de urgencias odontológicas.

He sido informado/a que el tratamiento al que me voy a someter tiene la consideración de una urgencia odontológica siguiendo el criterio del Consejo General de Dentistas de España, pues una demora o aplazamiento de la intervención podría provocarme un mayor daño consistente en \_\_\_\_\_

Además, me obligaría a acudir a un hospital o centro médico, incrementándose innecesariamente el riesgo de contagio por el COVID-19 y la saturación de estos en unos momentos de grave crisis sanitaria.

He sido informado/a del protocolo en vigor elaborado por el Consejo General de Dentistas para la gestión en la clínica dental de los tratamientos de urgencia durante esta crisis que he de cumplir, y he facilitado toda la información sobre mi estado actual de salud, sobre todo el referido a posibles síntomas o signos de sospecha de infección por el COVID-19.

He sido informado/a que debido al alto riesgo de transmisión infecciosa del virus por la obligatoria y necesaria cercanía física al paciente para los tratamientos dentales, no es posible garantizar un riesgo nulo de transmisión del COVID-19, aún con todos los medios de protección disponibles en la clínica.

Tras ser aclaradas todas mis dudas sobre el tratamiento a realizar, alternativas posibles y los riesgos mediante explicaciones claras y sencillas, me considero plenamente informado/a dando mi expreso consentimiento a la realización del tratamiento, sobre el que he recibido también completa información, que podré revocar en cualquier momento.

El/la paciente

El/la profesional

Fdo \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_