Luz María Mejía Múnera Odontóloga C.E.S - Ortodoncista U. de A.	**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DURANTE PANDEMIA COVID-19**

Actualmente nos encontramos en una pandemia por COVID 19, dentro de la cual el Ministerio de Salud y la Gobernación de Antioquia ha limitado la atención de pacientes odontológicos a procedimientos urgentes y prioritarios. Con el fin de proteger la salud de los pacientes, el odontólogo y personal que interviene en su atención, se establecen los siguientes compromisos para las partes:

PARA EL PACIENTE:

1. Solicitar cita odontológica solo cuando la necesidad implique afectación a la anatomía (forma) de las estructuras de su boca, incluyendo los dientes, afectación a la función, por ejemplo, masticar, cuando tenga dolor, infección, desprendimiento de algún material o aditamento odontológico o cuando tenga algún tipo de aparatología cuya falta de control pueda ocasionar daños en su salud oral.
2. Abstenerse de solicitar cita odontológica cuando presente síntomas respiratorios, nasales, dolor en el cuerpo, malestar general o fiebre.
3. Informar al odontólogo, recepcionista o auxiliar, previo a la cita, si en las últimas semanas ha estado en contacto con personas con los síntomas indicados o en su círculo cercano hay alguien con diagnóstico de COVID-19.
4. Asistir a la consulta sin acompañante, excepto menores de edad, mayores de 65 años y personas con limitaciones.

PARA EL ODONTÓLOGO:

1. Cumplir con los protocolos y orientaciones gubernamentales tendientes a la seguridad del paciente y del personal que lo atiende.
2. Abstenerse de adelantar procedimientos que no cumplan con los criterios de urgencia o prioridad hasta tanto sea levantada la restricción
3. Ofrecer espacios de atención más largos de tal manera que se disminuyan el número de citas y consecuentemente de exposiciones.

Estas estipulaciones son adicionales a las que ya se incluyen en el consentimiento informado inicial. Los firmantes obligan a cumplir estos compromisos juiciosamente porque conocen que no acatarlos puede poner en riesgo la salud de los participantes en la consulta, situación que es una posibilidad que siempre existe, aún con las medidas sanitarias implementadas y frente a la cual quienes firman este documento aceptan la existencia del riesgo.

Para constancia se firma en _____ el _____ de _____ de 20_____

Yo, _____ identificado(a) con c.c _____, como paciente o representante legal de _____ con DI No. _____.

_____
Paciente o persona responsable
c.c.

_____
Luz María Mejía Múnera
cc. 43.590.827 Reg.5-309-98