

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTOS DE URGENCIA EN LA CLÍNICA DENTAL
DURANTE LA GESTIÓN DE LA CRISIS SANITARIA GENERADA POR EL COVID-19**
Complementario al consentimiento sobre el tratamiento específico

En, _____, a ____ de _____ de 2020

D/D^a _____, con DNI _____
he sido informado/a por el dentista Dr/a _____ colegiado/a
nº _____ que durante la situación de crisis sanitaria generada por el COVID-19
(coronavirus) las autoridades sanitarias recomiendan 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 voy a someterme 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 la 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 del/la dentista al paciente para practicar los tratamientos
dentales, no es posible garantizar un riesgo nulo de transmisión del COVID-19, aun aplicando
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. _____