

EMMET DENTAL P. C
89- 02 165 Street Suit MW29
Jamaica, NY 11432
718.657.4838
718.657.0099fax
emmetdental@yahoo.com

Yo, _____, Sabiendo y voluntariamente doy mi consentimiento para obtener tratamiento dental -durante la pandemia COVID19.

Por Favor revise todo lo que corresponda con un SI o' un NO:

Si No Usted, un miembro de su hogar, o' un contacto cercano suyo, tiene fiebre, tos, dificultad para respirar o' dolor de garganta.

Si No En los últimos 5 días, Usted, un miembro de su hogar, o' un contacto cercano suyo, han viajado a un país o' área con brote de COVID19 (por ejemplo, China, Europa, Irán, Corea del sur)

Si No Ha estado expuesto a alguien que ha dado positivo para COVID19 o' ha estado expuesto al COVID19.

- Entiendo que los viajes aéreos aumentan significativamente más riesgos de contraer y transmitir el virus COVID19. El CDC recomienda el distanciamiento social al menos 6 pies de distancia durante un periodo de 5 días con cualquier persona, pero esto no es posible con la Odontología. ___ **(inicial)**
- Confirmando que no e viajado fuera de Los Estados Unidos De América en los pasados 5 días para países que han sido afectados por el virus COVID19. ___ **(inicial)**
- Confirmando que no e' viajado a nivel nacional dentro de Los Estados Unidos De América, por aerolíneas comerciales. ___ **(inicial)**
- Entiendo que procedimientos dentales crean agua pulverizada que es la forma en que se propaga el virus. La ultrafina natural del aerosol puede permanecer en el aire durante minutos o' por varias horas lo que puede transmitir el virus del COVID19. ___ **(inicial)**
- Entiendo que el virus del COVID19 tiene un largo periodo de incubación durante el cual los portadores del virus pueden no mostrar los síntomas y seguir siendo altamente contagioso. Es imposible determinar quien tenga o' quien no tenga el virus COVID19. ___ **(inicial)**
- Entiendo que dado a la frecuente visita de los pacientes, las características del virus y las características de los procedimientos dentales, tenga un riesgo elevado de contraer el virus, simplemente por estar en la oficina. ___ **(inicial)**
- He sido informado de las pautas de CDC, CDA, y ADA. Que bajo la pandemia actual todas las visitas al dentista deben limitarse al tratamiento de las funciones anormales de las estructura facial, oral o' infección, condiciones que inhiben de forma tamistica el funcionamiento normal de los dientes y boca, y cualquier problema que pueda causar cualquier cosa enumerada anteriormente en los próximos 3-6 meses. ___ **(inicial)**

**Confirmando estoy siendo visto por alguna condición que cumple con algunos de estos criterios.

Confirmando que no estoy presentando ninguno de los siguientes síntomas de COVID19 enumeradas a continuación:

___ Fiebre

___ Dificultad para respirar

___ Tos seca

___ Dolor de garganta

___ Perdida de sabor o' olor

Nombre de Paciente _____

Firma _____

Staff Review By _____

Fecha _____