



ASESORAMIENTO AL PACIENTE Y SU CONSENTIMIENTO RECIBIR TRATAMIENTO DENTAL DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Usted ha visitado Carolina Pediatric Dentistry para recibir servicios dentales durante la pandemia de COVID-19. Por favor, tenga en cuenta lo siguiente:

Nuestra oficina sigue las recomendaciones de control de infecciones hechas por la Asociación Dental Americana (ADA, por sus siglas en inglés), los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de los EE. UU. (CDC, por sus siglas en inglés) y la Administración de Seguridad y Salud Ocupacional (OSHA, por sus siglas en inglés). Estamos considerados como un servicio esencial y siempre seguimos la estricta guía de la Junta de Examinadores Dentales del Estado de Carolina del Norte. Nuestro equipo efectúa, a su leal saber y entender, no han estado expuestos al virus. Todos los uniformes se lavan en el área y los zapatos permanecen dentro de las instalaciones. Estamos minimizando el número de personas y las interacciones entre ellas en todo momento para mejores prácticas en mitigación de riesgos. Sin embargo, dado que somos un lugar de acceso al público, otras personas (incluidos otros pacientes) podrían estar infectados, con o sin su conocimiento.

Por favor, conteste estas preguntas de evaluación para garantizar la salud y la seguridad de su hijo(a), los niños y las familias a las que servimos, así como a nuestro equipo en Carolina Pediatric Dentistry:

1. ¿Se siente mal, con CUALQUIERA de los siguientes síntomas: fiebre en las últimas 24-48 horas, tos seca, dolor de garganta, dificultad para respirar, secreción nasal, náuseas / vómitos, diarrea, dolores de cabeza inexplicables, erupción?

a. ¿Usted (tutor legal)? No Sí

b. ¿Su hijo(a)? No Sí

2. ¿Ha estado en contacto cercano* con una persona con síntomas o con una infección confirmada de gripe o coronavirus, COVID-19?

a. ¿Usted (tutor legal)? No Sí

b. ¿Su hijo(a)? No Sí

*El contacto cercano se define como estar, por más de unos minutos, a 6 pies o menos de un paciente con síntomas que tosa o estornude.

Entiendo que los esfuerzos de Carolina Pediatric Dentistry están orientados a minimizar la propagación de COVID-19. **Entiendo** que mi propio riesgo de exposición y el de mi hijo(a) al coronavirus no pueden eliminarse cuando salimos de la seguridad de nuestro hogar. **Me comprometo** a contactar a Carolina Pediatric Dentistry si mi hijo o yo desarrollamos síntomas consistentes con COVID-19 o confirmamos positivo a COVID-19 dentro de las 48 horas posteriores a nuestra visita.

Padre/Madre/Tutor legal

Fecha

Un hogar dental para todos los niños

Especialistas en servicios odontológicos para bebés, niños, adolescentes y niños con necesidad de cuidados especiales