	<b>CORPORACIÓN DE SERVICIOS DEL CLUB ROTARIO DE ITAGUI</b>	CÓDIGO:
		VERSION: 01
	<b>SERVICIOS DE SALUD</b>	FECHA: 12/05/2020
	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO URGENCIAS DENTALES</b>	PÁGINA: 1 de 4

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA URGENCIAS  
DE PACIENTES DONTOLÓGICOS EN EL MARCO DE LA PANDEMIA POR COVID-19**

FECHA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_, con cédula de ciudadanía \_\_\_\_\_, mayor de edad, en mi propio nombre y representación y/o como padre/ madre o tutor legal de \_\_\_\_\_, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente declaro que el Dr./la Dra. \_\_\_\_\_ me ha brindado información detallada, suficiente, completa, clara, oportuna, en un lenguaje comprensible y claro sobre mi condición o enfermedad buco-dental y del balance entre los beneficios y los riesgos del procedimiento clínico odontológico recomendado; tratándose en este caso de una atención odontológica de urgencia durante la pandemia por COVID-19, otorgo al profesional indicado, para que en ejercicio legal de su profesión se me practique/ se le practique a mi representado los siguientes procedimientos Odontológicos:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mismos que solicito se practiquen bajo mi entero conocimiento de:


**PRIMERO:** Conozco y entiendo que actualmente nos encontramos en una emergencia sanitaria global declarada como consecuencia de la pandemia del virus COVID-19.

**SEGUNDO:** Que por lo anterior conozco, entiendo y se me ha explicado con lenguaje claro y sencillo por el profesional tratante que en la ejecución todas las actividades que impliquen contacto cercano, cómo es el caso de la práctica odontológica, existe un potencial riesgo de contagio, ya que tales procedimientos pueden generar aerosoles que favorezcan la diseminación de la enfermedad, cuya aplicación puede permanecer en el aire por minutos e incluso horas aumentando la posibilidad de un eventual contagio.

**TERCERO:** Asimismo, he sido debidamente informado por el Odontólogo tratante que el tiempo entre la exposición al virus SARS cov2 (COVID-19) y la aparición de los primeros síntomas es extenso, y durante el cual sus portadores pueden estar asintomáticos, pudiendo ser de igual manera altamente contagiosos, por lo que es complejo determinar efectivamente quién es portador del virus, debido a las limitaciones actuales de las pruebas **diagnósticas**.

**CUARTO:** Del mismo modo, he sido debidamente advertido y he comprendido acerca del alto riesgo de transmisión del virus SARS Cov2 (COVID-19), de la presencia de otras personas en el consultorio y las características de los procedimientos odontológicos, en virtud de lo cual no es posible asegurar

FECHA	VERSIÓN	ELABORADO / PROYECTADO	REVISADO / APROBADO	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
12/05/2020	01	Janeth Molano - SIAU	Carlos Hurtado – Director Ejecutivo	Creación del documento.

	<b>CORPORACIÓN DE SERVICIOS DEL CLUB ROTARIO DE ITAGUI</b>	CÓDIGO:
		VERSION: 01
	<b>SERVICIOS DE SALUD</b>	FECHA: 12/05/2020
	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO URGENCIAS DENTALES</b>	PÁGINA: 2 de 4

un riesgo nulo de transmisión del virus, aun cumpliendo rigurosamente todos y cada uno de los protocolos de protección, seguridad e higiene disponibles e instaurados por la autoridad sanitaria.

**QUINTO:** Que el profesional de la salud, previa prestación de servicio, me ha solicitado absolver el siguiente cuestionario cuyas respuestas bajo la gravedad de juramento declaro que son las siguientes

1. ¿Tiene fiebre o la ha tenido en los últimos 14 días? (temperatura > 37.5 °C).

RTA. SI\_\_\_ NO\_\_\_

2. ¿Ha tenido tos o cualquier otro signo de dificultad respiratoria en los últimos 14 días?

RTA. SI\_\_\_ NO\_\_\_

3. ¿Ha tenido en los últimos 14 días o tiene diarrea u otras molestias digestivas?

RTA. SI\_\_\_ NO\_\_\_

4. ¿Tiene o ha tenido sensación de mucho cansancio o malestar en los últimos 14 días

RTA-. SI\_\_\_ NO\_\_\_

5. ¿Ha notado una pérdida del sentido del gusto o del olfato en los últimos 14 días?

RTA. SI\_\_\_ NO\_\_\_

6. ¿Ha estado en contacto o conviviendo con alguna persona sospechosa o confirmada de coronavirus?

RTA. SI\_\_\_ NO\_\_\_

7. ¿Tiene o ha presentado la enfermedad de COVID-19?

RTA-. SI\_\_\_ NO\_\_\_

8. En caso de haber presentado la enfermedad, ¿ya cumplió 21 días de aislamiento?


RTA. SI\_\_\_ NO\_\_\_

**SEXTO:** Que una vez absuelto el cuestionario y en atención a las respuestas por mi dadas y confirmadas, el profesional tratante ha llegado a la conclusión que no soy factor de riesgo de contagio y por tanto se me prestará el servicio odontológico, observando los protocolos de seguridad pertinentes.

**SEPTIMO:** Que el profesional tratante, previa atención me ha informado las medidas y protocolos de Bioseguridad que como paciente debo acatar y que estos son:

1. Que debo utilizar tapabocas y monogafas, suministrado por personal del consultorio, durante mi permanecía en áreas comunes como sala de espera y pasillos del edificio.

FECHA	VERSIÓN	ELABORADO / PROYECTADO	REVISADO / APROBADO	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
12/05/2020	01	Janeth Molano - SIAU	Carlos Hurtado – Director Ejecutivo	Creación del documento.

	<b>CORPORACIÓN DE SERVICIOS DEL CLUB ROTARIO DE ITAGUI</b>	CÓDIGO:
		VERSION: 01
	<b>SERVICIOS DE SALUD</b>	FECHA: 12/05/2020
	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO URGENCIAS DENTALES</b>	PÁGINA: 3 de 4

2. Que antes de entrar a consulta debo realizar higiene de manos adecuadamente e higiene bucal con los elementos que se me han suministrado para tal fin.
3. Permitir que al inicio de consulta se me tome la temperatura corporal con el uso de termómetro digital y/o de mercurio.
4. Mantener distancia de mínimo dos metros con otros pacientes y o personal del consultorio durante mi permanencia en la sala de espera y/o espacios comunes.
5. Previamente se me ha informado que no debo acudir a consulta usando accesorios personales, guantes y que debe tener el cabello recogido.
6. Que no debo asistir con acompañantes a menos que por mi edad o situación particular así lo requiera o asista en calidad de acudiente de persona incapaz.


**OCTAVO:** El profesional tratante me ha informado y he comprendido sobre la aplicación de los protocolos utilizados en la intervención y en general en el consultorio para minimizar el potencial riesgo de contagio son los siguientes:

1. Que el Equipo de Protección Personal (EPP) a utilizar por el profesional tratante es: Bata larga antifluido con cierre posterior, careta de protección larga y ancha o monogafas, Mascarilla respiratoria de alta eficiencia N95 con certificación INVIMA, gorro quirúrgico desechable y guantes desechables.
2. Que todas las piezas quirúrgicas o instrumentos a utilizar durante la intervención son desechables y los que no son serán debidamente desinfectados y esterilizados.
3. Aumento en la frecuencia de recogida de residuo biosanitario por parte de la empresa recolectora.
4. Todos los empleados igualmente realizan el protocolo de higiene de manos y se toman la temperatura periódicamente.
5. Todas las superficies que incluyen paredes, pisos, baños y mobiliario en general es desinfectado periódicamente.
6. Que de la sala de espera se han removido revistas, material de lectura, cartón, juguetes y otros objetos que pueden ser tocados por otros y son de difícil desinfección.
7. Que cuenta con debido acceso a lavamanos con jabón y/o suministro de elementos para higiene de manos.
8. Que la recepción y el personal dispuesto en ella, respeta la debida distancia de dos metros con el paciente o en su defecto cuenta con barrera de protección.
9. Que todas Las áreas y ambientes de todos los servicios cuentan con ventilación e iluminación natural o artificial.
10. Que todos los espacios de uso común fueron dotados de desinfectantes para manos en gel y con canecas de desechos para manipular con el pie.

**NOVENO:** Que una vez informado acerca de los protocolos incluidos en el literal OCTAVO del presente documento, doy fe que:

1. El profesional tratante porta los EPP descrito en numeral 1 del referido literal.

FECHA	VERSIÓN	ELABORADO / PROYECTADO	REVISADO / APROBADO	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
12/05/2020	01	Janeth Molano - SIAU	Carlos Hurtado – Director Ejecutivo	Creación del documento.

	<b>CORPORACIÓN DE SERVICIOS DEL CLUB ROTARIO DE ITAGUI</b>	CÓDIGO:
		VERSION: 01
	<b>SERVICIOS DE SALUD</b>	FECHA: 12/05/2020
	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO URGENCIAS DENTALES</b>	PÁGINA: 4 de 4

2. Que la sala de espera y áreas comunes cuentan con el adecuamiento necesario para respetar la distancia de 2 mts entre otros pacientes y del personal, que estos espacios cuentan con ventilación natural y/o artificial, que se han retirado todo el material de lectura y juguetes de difícil desinfección y que los mismos espacios cuentan con canecas de residuos biológicas para manipular con el pie.
3. Que la recepción respeta la distancia sana de dos metros con pacientes y usuarios o en su defecto cuenta con una barrera protectora.
4. Que las áreas para el lavado de manos e higiene bucal son de fácil acceso y cuentan con elementos de higiene como jabón liquido para manos, gel antimaterial y enjuague bucal a base de alcohol., así como canecas de residuos biológicas para manipular con el pie.
5. Que antes de ingresar a consulta he realizado higiene bucal y de manos pertinentes.
6. Que se me ha suministrado elementos de protección para mi uso personal y que estos son: monogafas y tapabocas.
7. Que antes de ingresar a consulta se me ha tomado la temperatura.

**DECIMO:** Que una vez absuelto el cuestionario para establecer mi estado de salud, conocer los protocolos que como paciente debo seguir y respetar, así como los que el consultorio y el profesional tratante deben observar, he verificado su total cumplimiento por parte del establecimiento y el profesional tratante y por tanto declaro que estando plenamente informado(a) del potencial RIESGO DE CONTAGIO DE COVID -19 / SARS-COV-19 que implica el ejercicio de la salud oral, **doy mi consentimiento LIBRE DE VICIOS para que el médico tratante realice el procedimiento convenido sobre mi humanidad o en la de mi representado LIBRANDO desde ya DE RESPONSABILIDAD tanto al médico tratante como al consultorio/clínica/IPS por un posible contagio.**

**DECIMO PRIMERO:** Finalmente, el paciente declara haber entendido todas las explicaciones facilitadas en un lenguaje claro y sencillo. Ha podido manifestar todas las observaciones y le han sido aclaradas todas las dudas, de manera que se siente plenamente informado en lo que se refiere a la realización y a las posibles complicaciones del tratamiento.

También ha sido informado de otras alternativas posibles al tratamiento propuesto.

En señal de otorgamiento de mi consentimiento informado libre de vicio, se suscribe el presente:

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Odontólogo

\_\_\_\_\_  
Paciente / acudiente

FECHA	VERSIÓN	ELABORADO / PROYECTADO	REVISADO / APROBADO	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
12/05/2020	01	Janeth Molano - SIAU	Carlos Hurtado – Director Ejecutivo	Creación del documento.