**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTOS DISPENSADOS EN LA CLÍNICA DENTAL DURANTE LA GESTIÓN DE LA CRISIS SANITARIA OCASIONADA POR COVID-19**

*Complementario al consentimiento sobre el tratamiento específico*

En, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2020

D/Dª \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con DNI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

he sido informado/a por el dentista Dr/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ colegiado/a nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ que a raíz de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el coronavirus COVID-19, existe un protocolo en vigor elaborado por la clínica dental siguiendo las recomendaciones de la Organización Colegial de Dentistas de España para la gestión y realización de tratamientos dentales durante esta crisis sanitaria.

Dicho protocolo tiene por objeto minimizar el riesgo de contagio por COVID-19 ofreciendo un entorno lo más seguro posible y determinar si me encuentro en condiciones para ser sometido/a al tratamiento bucodental propuesto.

Protocolo que he de cumplir y para ello he facilitado toda la información sobre mi estado actual de salud, sobre todo el referido a posibles antecedentes, síntomas o signos de sospecha de infección por COVID-19.

He sido informado/a que debido al alto riesgo de transmisión infecciosa del virus por la obligatoria y necesaria cercanía física al paciente para los tratamientos dentales y pese a que se hayan tomado todos los medios de protección recomendados, no es posible garantizar un riesgo nulo o cero de transmisión del COVID-19, aún con todos los medios de protección disponibles en la clínica.

Tras ser aclaradas todas mis dudas, mediante explicaciones claras y sencillas, sobre los riesgos, sobre todo por las circunstancias excepcionales ocasionadas por la COVID-19 en el marco de la asistencia sanitaria, 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.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_