

5. El Dentista me ha explicado que todo acto quirúrgico lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

***Claúsula COVID19***

En condiciones normales los protocolos estrictos de higiene y esterilización permiten asegurar la bioseguridad necesaria al paciente y equipo sanitario.

En esta circunstancia excepcional derivada de la PANDEMIA del COVID-19, dado el alto riesgo de transmisión infecciosa del virus en la ineludible cercanía física al paciente para los tratamientos orales, la generación inevitable de aerosoles aún con todos los medios de protección disponibles en la clínica, además de los necesariamente instaurados a mayores, NO es posible asegurar un RIESGO NULO de transmisión de COVID-19.

Actualmente el RIESGO BIOLÓGICO del COVID-19 aún NO es perfectamente conocido desde el punto de vista científico

Además, aún NO existe VACUNA que permita la inmunización de la población en general o de los grupos poblacionales de riesgo.

También comprendo que en cualquier momento y sin necesidad de ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello manifiesto que estoy satisfecho con la información y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Observaciones:.....  
.....

En tales condiciones, consiento que se me practique el tratamiento que me ha explicado.

En ....., a ..... de ..... de .....

El paciente (padre, madre o tutor) DNI



El Odontólogo (y nº de colegiado)

