

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN
ODONTOLÓGICA CON CONTEXTO DE PANDEMIA (COVID-19)**

....., dede 2020.-

....., DNI:
....., declarando encontrarme en buen estado de salud, y sin anomalía respiratoria aparente, y también no haber estado fuera del país en los últimos 14 días, ni en contacto con alguna persona que procediere del extranjero endicho lapso, ni que hubiere padecido o padezca infección por COVID-19, acepto y solicito la atención odontológica del Dr./a.....-

El mismo me ha manifestado que me brindará dicha asistencia profesional circunscripta al caso, debido a la emergencia/urgencia odontológica que padezco, y que consiste en

.....
.....Me ha explicado también el riesgo de contagio, y que cumplirá con todas las medidas de asepsia y esterilización correspondiente.

He podido preguntar y he comprendido todo lo aquí expresado.

.....
Firma del paciente