

Future Smiles Dental Clinic
Consentimiento para el
tratamiento de COVID-19



El Departamento de Salud de Arkansas (ADH) ha recomendado que las instalaciones dentales pueden reanudar los servicios siempre y cuando sigan la guía del equipo de protección mínima. Future Smiles se adhiere en su totalidad a la guía de ADH y a la de la Asociación Dental Americana.

Entiendo que los portadores del virus pueden no mostrar síntomas, pero aun así pueden ser contagiosos. Dado que la naturaleza de la odontología no permite un "distanciamiento social" de 6 pies, entiendo que puede haber un mayor riesgo de adquirir o propagar el virus. Los trabajos dentales a menudo crean aerosoles, lo que conlleva un riesgo añadido de propagar el COVID-19.

Confirmando que mi hijo no ha tenido ninguno de los siguientes síntomas de COVID-19 durante los últimos 14 días:

- Fiebre
- Dolores corporales
- Tos seca
- Falta de aliento
- Dolor de garganta
- Diarrea o vómitos

Confirmando que notificaré al personal de la clínica si mi hijo o alguien en su casa desarrolla alguno de los síntomas anteriores o da positivo en la prueba de COVID-19.

Al firmar este formulario, usted reconoce que el tratamiento en persona de las condiciones dentales presenta un mayor riesgo de contraer COVID-19. Además, reconoce que para que podamos realizar el tratamiento, debemos estar más cerca de los 6 pies recomendados por el CDC.

Doy mi consentimiento para que mi hijo reciba tratamiento dental en la Clínica Dental Future Smiles durante la pandemia de COVID-19.

Nombre del niño (Por favor, escriba en letra de molde)

Nombre del padre/guardián legal (Por favor, escriba en letra de molde)



Firma del padre o guardián legal **Certifico que he sido designado como el guardián legal del niño arriba.

Fecha