

**Consentimiento de Implant and Sedation
Dentistry of Charleston Para tratamiento dental
durante COVID-19**

1. Yo, _____, consiente y voluntariamente doy consentimiento de tener un tratamiento dental completado durante el COVID-19 pandemia en Implant and Sedation Dentistry of Charleston.
2. Entiendo que los portadores del COVID-19 virus no puede presentar ningún síntoma, y si lo hacen, el virus tiene un largo período de incubación de hasta 14 días o más antes de que los síntomas sean evidentes. Por lo tanto, antes de la confirmación de la infección con pruebas específicas de COVID-19, es imposible determinar quién ha sido infectado y puede transmitirlo a otros. _____ (Iniciales)
3. Entiendo que los CDC recomiendan el distanciamiento social de al menos seis (6) pies para reducir la transmisión del virus, y que esto es imposible con el tratamiento dental. _____ (Iniciales)
4. 4. ¿Alguien en su hogar ha sido examinado para COVID19 en los últimos cuatro días? _____ **Si** _____ **No**

Confirmo que no estoy presentando ninguno de los siguientes síntomas enumerados aquí:

- **Fiebre** • **Dificultad para respirar** • **Tos seca** • **goteo nasal** • **Dolor de garganta** _____ (Iniciales)

Entiendo que los viajes aéreos, así como otras formas de tránsito masivo, aumentan significativamente mi riesgo de contraer y transmitir el virus COVID-19. Verifico que no he viajado en una aerolínea comercial, autobús o tren en los últimos 14 días. _____ (Iniciales)

Nombre - Firma

Fecha

**Consentimiento de Implant and Sedation
Dentistry of Charleston Para tratamiento dental
durante COVID-19**

5. Yo, _____, consiente y voluntariamente doy consentimiento de tener un tratamiento dental completado durante el COVID-19 pandemia en Implant and Sedation Dentistry of Charleston.
6. Entiendo que los portadores del COVID-19 virus no puede presentar ningún síntoma, y si lo hacen, el virus tiene un largo período de incubación de hasta 14 días o más antes de que los síntomas sean evidentes. Por lo tanto, antes de la confirmación de la infección con pruebas específicas de COVID-19, es imposible determinar quién ha sido infectado y puede transmitirlo a otros. _____ (Iniciales)
7. Entiendo que los CDC recomiendan el distanciamiento social de al menos seis (6) pies para reducir la transmisión del virus, y que esto es imposible con el tratamiento dental. _____ (Iniciales)
8. 4. ¿Alguien en su hogar ha sido examinado para COVID19 en los últimos cuatro días? _____ **Si** _____ **No**

Confirmo que no estoy presentando ninguno de los siguientes síntomas enumerados aquí:

- **Fiebre** • **Dificultad para respirar** • **Tos Seca** • **goteo nasal** • **Dolor de garganta** _____ (Iniciales)

Entiendo que los viajes aéreos, así como otras formas de tránsito masivo, aumentan significativamente mi riesgo de contraer y transmitir el virus COVID-19. Verifico que no he viajado en una aerolínea comercial, autobús o tren en los últimos 14 días. _____ (Iniciales)

Nombre - Firma

Fecha