

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ODONTOLOGÍA  
ESPECÍFICO CRISIS SANITARIA COVID-19**

**COMPLEMENTARIO AL CONSENTIMIENTO ESPECÍFICO DE LA  
TÉCNICA ODONTOLÓGICA APLICADA**

El Sr./Sra.....con DNI.....

Por la presente solicita del/a odontóloga colegiada Dr./Dra.....nº.....,  
entendiendo que requiere servicios odontológicos.

Ante la situación de alarma decretada por el gobierno del Estado, en el marco de la crisis  
sanitaria por el COVID-19,

Sr/Sra. ....

Es consciente que se han de adoptar medidas preventivas para evitar el contagio de la  
enfermedad, y de seguridad e higiene personal para poder mantener el contacto con el  
profesional sanitario.

Manifiesta que ha facilitado al odontólogo/a toda la información del estado actual de  
salud, sobre todo lo referente a no tener NINGÚN síntoma o sospecha de estar afectado  
por la infección de COVID 19.

El/la odontólogo/a .....

Ha tomado todas las medidas exigibles para prevenir contagios y así lo hace constar al  
paciente ....., de forma que exonera  
de cualquier consecuencia que se pueda derivar del tratamiento asistencial, siempre que  
no sea fruto de la mala praxis profesional. El paciente es conocedor del riesgo de los  
tratamientos odontológicos, debido que implican un contacto directo y cercano con el  
paciente y no se puede garantizar un riesgo nulo de transmisión, a pesar usar todos los  
medios de protección disponibles actualmente.

Y para que conste y en prueba de conformidad, habiendo entendido, aclarado toda la  
información facilitada por el/la odontólogo/a, firma el presente documento.

En ..... a ..... de .....2020

Firma del paciente

Firma del facultativo