

Dental Work NY

COVID-19 CONSENTIMIENTO INFORMADO DE RIESGO

Yo _____ entiendo que estoy optando por dental/ médico/ electivo. tratamiento/procedimiento/cirugía que no es urgente y no se puede considerar servicios médicos de emergencia.. También entiendo que el nuevo coronavirus, COVID-19, ha sido declarado una pandemia mundial por la Salud Mundial Organización. Entiendo además que COVID-19 es extremadamente contagioso y se cree que se propaga de persona a persona. contacto; y, como resultado, las agencias de salud federales y estatales recomiendan el distanciamiento social. Reconozco que el Dr. Sanford. Jacoby DMD y todo el personal de Comfort Dental Care PLLC están siguiendo de cerca esta situación y han puesto en adoptar medidas preventivas razonables destinadas a reducir la propagación de COVID-19. Sin embargo, dada la naturaleza del virus. Entiendo que existe un riesgo inherente de infectarse con COVID-19 en virtud de proceder con esto (tratamiento/procedimiento/cirugía dental/médico/electivo que no es urgente y no puede considerarse médico de emergencia servicios. Por la presente reconozco y asumo el riesgo de infectarse con COVID-19 a través de este (tratamiento/procedimiento/cirugía dental/médico/electivo que no es urgente y no puede considerarse médico de emergencia servicio, y doy mi permiso expreso para el Dr. Sanford Jacoby DMD y todo el personal de Comfort Dental Care PLLC para proceder con el mismo. Entiendo que, incluso si he sido probado para COVID y recibido un resultado negativo de la prueba, las pruebas en algunos casos pueden no detectan el virus o puede haber contraído COVID después de la prueba. Entiendo que, si tengo una infección COVID-19, e incluso si no tengo ningún síntoma para el mismo, proceder con esto (dental/ médico/ elective tratamiento/ procedimiento/ cirugía que no es urgente y no puede considerarse un servicio médico emergente puede conducir a un mayor posibilidad de complicación y muerte. Entiendo que la posible exposición a COVID-19 antes/durante/después de mi tratamiento/procedimiento/cirugía puede resultar en el siguiente: un diagnóstico positivo de COVID-19, cuarentena/autoaislamiento prolongado, pruebas adicionales, hospitalización que puede requieren terapia médica, tratamiento de cuidados intensivos y posible necesidad de apoyo de intubación/ventilación, a corto plazo o intubación a largo plazo, otras posibles complicaciones, y el riesgo de muerte. Además, después de mi elective tratamiento/procedimiento/cirugía, puede que necesite atención adicional que pueda requerir que vaya a una sala de emergencias o a hospital. Entiendo que COVID-19 puede causar riesgos adicionales, algunos o muchos de los cuales pueden no ser conocidos en este momento, además de los riesgos aquí descritos, así como los riesgos para el tratamiento/procedimiento/cirugía en sí. Me han dado la opción de aplazar mi tratamiento/ procedimiento/ cirugía a una fecha posterior. Sin embargo, entiendo todo el riesgos potenciales, incluidas, entre otras, las posibles complicaciones a corto y largo plazo relacionadas con COVID-19, y me gustaría continuar con mi tratamiento/ procedimiento/ cirugía deseada. Entiendo la explicación y no tengo más preguntas y consentimiento para el procedimiento.

Patient or Person Authorized to Sign for Patient

Date