|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DE IDENTIFICACIÓN** | | |
| **Nombre:** | | **No. Documento:** |
| **Edad:** | **Sexo:** | **Aseguradora:** |
| **Sede:** | | **Dx:** |

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con Cédula de Identidad No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, y/o representante legal de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con Cédula de Identidad No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por voluntad propia y debidamente informado(a) consiento recibir tratamiento odontológico de URGENCIA durante la pandemia de COVID-19.

1. Entiendo que el virus COVID-19 tiene un periodo largo de incubación durante el cual sus portadores pueden estar asintomáticos, siendo altamente contagioso. Entiendo que al momento, debido a las limitaciones para la realización de las pruebas virales, es imposible determinar quién es portador del virus y quién no. Se me ha explicado de manera clara que un alto porcentaje de los pacientes portadores de covid-19 son asintomáticos, por lo cual es difícil definir que personas presentan contagio, sin embargo soy consciente y responsable por mi atención odontológica brindada en las instalaciones de la E.S.E Carmen Emilia Ospina, teniendo en cuenta que la Institución cuenta en sus instalaciones con todas las barreras de bioseguridad para la mitigación del contagio del virus covid – 19 en la consulta odontológica.

2. Entiendo que los procesos odontológicos pueden generar aerosoles que permiten la diseminación de la enfermedad. La naturaleza de pequeñas partículas de aerosoles que producen los equipos le permite permanecer suspendido en el aire por minutos o hasta horas, lo cual puede transmitir el virus COVID-19.

3. Entiendo que, a pesar del seguimiento de normas de bioseguridad en el consultorio odontológico, debido a la presencia de otros pacientes, a las características del virus y del procedimiento odontológico, existe un riesgo elevado de contraer el virus, por el solo hecho de permanecer en el consultorio odontológico de la E.S.E Carmen Emilia Ospina

4. He sido informado de las directrices de todas las instituciones nacionales e internacionales de salud, ante la situación de la pandemia que recomiendan suspender la realización de tratamiento odontológico electivo. La consulta odontológica se limita al tratamiento de dolor, infección y condiciones que interfieran de forma significativa las funciones bucales o que puedan generar agudización de una de estas condiciones: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Código CIE 10).

5. Confirmo que solicito tratamiento por una condición clínica que está enmarcado en los criterios anteriormente expuestos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Código CIE 10 y código de procedimiento).

6. Declaro que he diligenciado encuesta de triage respiratorio establecida por la E.S.E Carmen Emilia Ospina. Niego presentar síntomas como: Fiebre, Tos, Fatiga – Falta de energía, Dificultad para respirar, Dolor de oído y al tragar, Secreciones nasales.

7. No he estado en los últimos 14 días en alguno de los países donde hay circulación del coronavirus (Covid-19), ni tampoco he estado en contacto con alguna persona diagnosticada con el coronavirus (Covid-19).

8. Entiendo que organismos nacionales e internacionales de salud recomiendan el distanciamiento social de mínimo 2 metros, lo cual es imposible durante el tratamiento odontológico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (aceptación del Tratamiento Odontológico de Urgencia).

9 . El Paciente es atendido en la sede \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de la E.S.E Carmen Emilia Ospina por motivo de consulta de urgencias odontológicas, procedimiento realizado con todos los elementos de protección personal requeridos, previa limpieza y desinfección del área.

*Este consentimiento informado se elabora mediante el marco jurídico Resolución 536/2020 por la cual se adopta el “Plan de acción para la prestación de servicios de salud durante las etapas de contención y mitigación de la pandemia por SARS-Cov-2 (Covid-19) y adaptación de los lineamientos para la atención de urgencias por alteraciones de la salud bucal, durante el periodo de la pandemia por sars-cov-2 (covid-19) emitida por el Ministerio de Salud y Protección social”.*

**Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Firma del profesional autorizado** **Firma del paciente o representante Legal** Nombre: Nombre: No. De identidad: No. De identidad: Registro No:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Firma Testigo** Nombre: No. De identidad:

**INSTRUCTIVO PARA DILIGENCIAR EL FORMATO “CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO DE EMERGENCIA / URGENCIA ODONTOLOGICA EN EL MARCO DE LA PANDEMIA DE COVID-19”**

**OBJETIVO:** Mitigar el riesgo para los pacientes que solicitan la consulta de urgencias odontológicas en el marco de la pandemia de covid -19.

**ALCANCE:** Aplica para todos los pacientes que soliciten el servicio de urgencias odontológicas en la E.S.E Carmen Emilia Ospina, para tratamiento de emergencias / urgencias odontológicas en el marco de la pandemia de covid -19.

***Para el diligenciamiento correcto del formato tenga en cuenta lo siguiente:***

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

**Nombre:** Escribir el nombre de la persona a la cual se le va a realizar la atención de urgencias odontológicas.

**No. Documento:** Registrar el número de documento de la persona que se le va a realizar la atención de urgencias odontológicas.

**Edad:** Registrar la edad del paciente.

**Sexo:** Escribir el sexo del paciente.

**Aseguradora:** Escribir el nombre de la aseguradora de la persona que va a ser atendido por el servicio de urgencias odontológicas.

**Sede:** Escribir el nombre de la sede donde se está diligenciando el consentimiento informado de la atención de urgencias odontológicas.

**Dx:** Registre el diagnostico por el cual el paciente acude al servicio de urgencias odontológicas.

**Yo:** Escribir el nombre del acompañante responsable (Si el paciente a tratar es menor de edad debe estar acompañado de una persona mayor de edad).

**Cédula de Identidad No:** Registrar el número de cedula del acompañante responsable.

**Representante legal de:** Escribir el nombre del acompañante responsable.

**Cédula de Identidad No**: Registrar el número de cedula del acompañante responsable.

**Condiciones:** Escribir (Código CIE 10) del motivo por el cual el paciente realiza la consulta de urgencias odontológicas.

**Criterios anteriormente expuestos:** Escribir (Código CIE 10 y código de procedimiento). De la atención que se le va a realizar al paciente.

**Durante el tratamiento odontológico:** Escribir el procedimiento de la consulta de urgencias odontológicas que se va a realizar al paciente.

**Sede:** Escribir el nombre de la sede donde se realiza la atención de urgencias odontológicas.

**Fecha:** Registrar la fecha de la atención realizada

**Firma del profesional autorizado:** Registrar la firma del profesional autorizado.

**Nombre:** Escribir el nombre completo del profesional autorizado.

**No. De identidad:** Registrar el número de identificación del profesional autorizado.

**Registro No:** Registra el número de registro del profesional autorizado.

**Firma del paciente o representante Legal:** Registrar la firma del paciente o representante legal.

**Nombre:** Escribir el nombre completo del paciente o representante legal.

**No. De identidad:** Registrar el número de Identificación del paciente o representante legal.

**Firma Testigo:** Registrar la firma del testigo si lo hay.

**Nombre:** Escribir el nombre completo del testigo si lo hay.

**No. De identidad:** Registrar el número de identificación del testigo.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CONTROL DE CAMBIOS** | | |
| Versión | Descripción del cambio | Fecha de aprobación |
| 1 | Elaboración del documento: Se elabora documento con el fin de realizar la implementación del plan de contingencia del Covid 19 para la atención de urgencias odontológicas según lineamientos del ministerio de salud. | 08/05/2020 |
| Nombre: Lucy Patricia Moreno Moreno.  Cargo: Odontóloga Auditora.  Nombre: Evelyn Karolina García Polanco. Cargo: Apoyo Administrativo Técnico Área Calidad. | Nombre: Mónica Bibiana Martínez Macías. Cargo: Coordinadora de Calidad. | Nombre: Ingry Alexandra Suarez Castro.  Cargo: Técnico Científica. |
| **Elaboró** | **Revisó** | **Aprobó** |