



## CONSENTIMIENTO INFORMADO SOBRE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DURANTE PANDEMIA COVID-19

Para satisfacción de los derechos del paciente, como instrumento favorecedor del correcto uso de los Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos, y en cumplimiento de lo establecido en el CÓDIGO PENAL PARAGUAYO - CAPITULO IV - HECHOS PUNIBLES CONTRA LA LIBERTAD - ART. 123: TRATAMIENTO MEDICO SIN CONSENTIMIENTO:

Yo, Don/Doña.....con CIP N.º .....como paciente, o como representante legal de..... con CIP N.º .....en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente expreso entender conforme explicación clara del Profesional tratante 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.

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

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. Confirmando no presentar, (ni mi representado en caso de ser padre o tutor del menor) que, en los últimos 14 días, ninguno de los síntomas de COVID-19 de la siguiente lista: fiebre, dificultad respiratoria, tos seca, secreción nasal, dolor de garganta.

Expreso también no haber estado (ni mi representado en caso de ser padre o tutor del menor) en contacto con personas con confirmación de COVID-19 o con cuadro respiratorio agudo en los últimos 14 días. Expreso no haber realizado ni mi representado, viaje a países de riesgo en los últimos 14 días. Entiendo que el MSPBS, recomienda el distanciamiento social de mínimo 1,8 metros, lo cual es imposible durante el tratamiento odontológico y por lo que el profesional tratante ha tomado las medidas de bioseguridad necesaria conforme el Protocolo de Actuación Odontológica dispuesto por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

**Por tal motivo, DECLARO:** Que el/la Dr/Dra.....con Reg. Prof. N.º.....me ha explicado, en términos comprensibles, que necesito un tratamiento de.....conforme el PROTOCOLO DE ATENCION ODONTOLÓGICA DURANTE PANDEMIA COVID-19 DISPUESTO POR EL MSPBS y me han sido expuesto los posibles riesgos generales contenidos en las hojas informativas adjuntas, permitiéndome realizar todas las observaciones y preguntas para aclarar mis dudas.  
Riesgos personalizados en su caso:

---

Consiento en que se tomen fotografías o registros en otros tipos de soporte audiovisual, antes, durante y después de la intervención quirúrgica, para facilitar el avance del conocimiento científico y la docencia. En todos los casos será resguardada la identidad del paciente.

Así también Consiento que el Profesional tratante Dr./a.....con Reg.Prof N.º..... ponga este consentimiento a disposición del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, a simple pedido de sus órganos de fiscalización y a los efectos de verificación del cumplimiento del protocolo de atención y de bioseguridad durante la Pandemia del Covid-19

Manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Y en tales condiciones CONSIENTO en que se me realice el tratamiento de.....conforme el PROTOCOLO DE ATENCION ODONTOLÓGICA DURANTE PANDEMIA COVID-19 DISPUESTO POR MSPBS

En.....a ..... de ..... de 202....

**FIRMA DEL PACIENTE/ REPRESENTANTE LEGAL**

**C.I.P.**



Ministerio de  
**SALUD PÚBLICA  
Y BIENESTAR SOCIAL**

 **GOBIERNO**  
 **NACIONAL**

*Paraguay  
de la gente*