

**INSTRUCTIVO BÁSICO PARA ATENCIÓN DE PACIENTES**  
**ODONTOLÓGICOS EN EL MARCO DE LA PANDEMIA POR COVID-19**

Fecha: Día \_\_\_\_\_/Mes \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

Instructivo básico para la atención de pacientes odontológicos en el marco de la pandemia por COVID-19:

**I.- INTRODUCCIÓN:**

1.1.- En la actualidad nos encontramos en una emergencia sanitaria global declarada como consecuencia de la pandemia del virus SARS-cov-2 (COVID-19) dado su alto riesgo de transmisión;

1.2.- Que el tiempo entre la exposición al virus y la aparición de los primeros síntomas podría ser prolongado, y durante el cual sus portadores pueden encontrarse en condición de asintomáticos, pudiendo ser de igual manera altamente contagiosos;

1.3.- Dadas las características de los procedimientos odontológicos, con lo cual no es posible asegurar un riesgo nulo de transmisión, se hace indispensable el cumplimiento de los protocolos de protección, seguridad e higiene disponibles e instaurados por la autoridad sanitaria y con las precauciones estándares, de acuerdo a lo indicado en Circular C13 N°9/2013, *“Norma General Técnica N°199 sobre esterilización y desinfección en establecimientos de atención de salud”*, Ord. 276 del 30 de enero 2020 *“Actualización de Alerta y refuerzo de vigilancia epidemiológica ante brote 2019 – nCoV”* y Circular C37 N°10 de año 2018.

**II.-PREGUNTAS BÁSICAS:**

Que el profesional de la salud, previa prestación del servicio, me ha solicitado responder el siguiente cuestionario, cuyas respuestas bajo la gravedad de juramento declaro que son las siguientes:

1. ¿Tiene fiebre o la ha tenido en los últimos 14 días? (temperatura > 37.8 °C).  
SI\_\_ NO\_\_

2. ¿Ha tenido tos o cualquier otro signo de dificultad respiratoria en los últimos 14 días?  
SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_

3. ¿Ha tenido en los últimos 14 días o tiene diarrea u otras molestias digestivas?  
SI\_\_\_ NO\_\_\_
4. ¿Tiene o ha tenido sensación de mucho cansancio o malestar en los últimos 14 días  
SI\_\_\_ NO\_\_\_
5. ¿Ha notado una pérdida del sentido del gusto o del olfato en los últimos 14 días?  
SI\_\_\_ NO\_\_\_
6. ¿Ha estado en contacto o conviviendo con alguna persona sospechosa o confirmada de coronavirus?  
SI\_\_\_ NO\_\_\_
7. ¿Tiene o ha presentado la enfermedad de COVID-19?  
SI\_\_\_ NO\_\_\_
8. En caso de haber presentado la enfermedad, ¿ya cumplió 21 días de aislamiento?  
SI\_\_\_ NO\_\_\_

### **III.-ADOPCION DE MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD:**

Que el profesional tratante, previa atención, me ha informado las medidas y protocolos de Bioseguridad que **como paciente debo acatar** por mi seguridad y son las siguientes:

1. Que debo llegar a la hora de la citación, no antes ni después, para evitar aglomeraciones en la sala de espera, y respetar la hora del paciente que sigue.
2. Que **debo utilizar mascarillas de manera obligatoria**, durante mi permanencia en áreas comunes como sala de espera y/o pasillos de la clínica y/o del edificio;
3. Que antes de asistir a la consulta debo realizar adecuadamente la higiene bucal con las indicaciones que se me han suministrado para tal fin;
4. Permitir que **al inicio de consulta se me tome la temperatura corporal** con el uso de termómetro digital;
5. Mantener distancia de mínimo 1,5 metros con otros pacientes y o personal de la consulta y/o clínica durante mi permanencia en la sala de espera y/o espacios comunes;
6. Previamente se me ha informado que no debo acudir a consulta usando accesorios personales y que debo mantener el cabello recogido;

7. Que no debo asistir con acompañantes, a menos que por mi edad o situación particular así lo requiera o asista en calidad de acompañante de persona dependiente por incapacidad.

#### **IV.- APLICACIÓN DE LOS PROTOCOLOS UTILIZADOS EN LA INTERVENCIÓN:**

El profesional tratante me ha informado sobre la aplicación de los **protocolos que serán utilizados en la intervención** y en general en la consulta, para minimizar el potencial riesgo de contagio.

#### **V.- CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD:**

Que habiendo tomado conocimiento de los protocolos que como paciente debo seguir y respetar, así como los que la consulta y/o clínica y/o el profesional tratante deben observar, he verificado su total cumplimiento por parte del establecimiento y/o asistentes y/ o el profesional tratante.

---

Nombre y Firma del Paciente

---

Nombre y firma del Odontólogo