



Pinole Dentist

COVID-19 Pandemic Emergency Dental Treatment Consent Form

I, _____, knowingly and willingly consent to have emergency dental treatment completed during the COVID-19 pandemic.

I understand the COVID-19 virus has a long incubation period during which carriers of the virus may not show symptoms and still be highly contagious. It is impossible to determine who has it and who does not given the current limits in virus testing.

Dental procedures create water spray. It is unclear as to how long the ultra-fine nature of the spray may linger in the air, which can transmit the COVID-19 virus.

- I have been made aware of the CDC and ADA guidelines that under the current pandemic all non-urgent dental care is not recommended. Dental visits should be limited to the treatment of pain, infection, conditions that significantly inhibit normal operation of teeth and mouth, and issues that may cause anything listed above within the next 3-6 months. _____ (Initial)
- I confirm I am seeking treatment for a condition that meets these criteria. _____ (Initial)

I confirm that I am not presenting any of the following symptoms of COVOID-19 listed below:

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| . Fever | . Chills |
| . Shortness of Breath | . Repeated shaking with chills |
| . Loss of Sense of Taste or Smell | . Headache |
| . Dry Cough | . Muscle Pain |
| . Runny Nose | . Sore Throat |

_____ (Initial)

I understand that air travel significantly increases my risk of contracting and transmitting the COVID-19 virus. And the CDC recommends social distancing of at least 6 feet for a period of 14 days to anyone who has, and this is not possible with dentistry. _____ (Initial)

- I verify that I have not traveled outside the United States in the past 14 days to countries that have been affected by COVID-19. _____ (Initial)
- I verify that I have not traveled domestically within the United States by commercial airline, bus, or train within the past 14 days. _____ (Initial)

Name _____ Date _____



Pinole Dentist

DALIA E.
PEREZ-SALINAS, D.D.S.

Formulario de consentimiento para el tratamiento dental de emergencia pandémico COVID-19

Yo, _____ Entiendo que el virus COVID-19 tiene un largo período de incubación durante el cual los portadores del virus pueden no mostrar síntomas y seguir siendo altamente contagiosos. Es imposible determinar quién lo tiene y quién no da los límites actuales en las pruebas de virus.

Los procedimientos dentales crean agua pulverizada. No está claro cuánto tiempo puede persistir en el aire la naturaleza ultra fina del aerosol, que puede transmitir el virus COVID-19.

- He sido informado de las pautas de los CDC y la ADA de que bajo la pandemia actual no se recomienda toda la atención dental no urgente. Las visitas dentales deben limitarse al tratamiento del dolor, infección, condiciones que inhiben significativamente el funcionamiento normal de los dientes y la boca, y problemas que pueden causar cualquier cosa enumerada anteriormente dentro de los próximos 3-6 meses. _____ (Inicial)
- Confirmo que estoy buscando tratamiento para una afección que cumpla con estos criterios.
_____ (Inicial)

Confirmo que no estoy presentando ninguno de los siguientes síntomas de COVOID-19 listados a continuación:

- | | |
|---|--------------------------------------|
| . Fiebre. | . Escalofríos |
| . Cortocircuito de la respiración. | .Temblores repetidos con escalofríos |
| . Pérdida del sentido del gusto o del olfato. | .Jaqueca |
| . Tos seca. | .Dolor muscular |
| . Nariz que moquea. | .Garganta dolorida |

_____ (Inicial)

Entiendo que los viajes aéreos aumentan significativamente mi riesgo de contraer y transmitir el virus COVID-19. Y los CDC recomiendan el distanciamiento social de al menos 6 pies por un período de 14 días a cualquier persona que lo haya hecho, y esto no es posible con la odontología. _____ (Inicial)

- Verifico que no he viajado fuera de los Estados Unidos en los últimos 14 días a países que se han visto afectados por COVID-19. _____ (Inicial)
- Verifico que no he viajado a nivel nacional dentro de los Estados Unidos en aerolínea comercial, autobús o tren en los últimos 14 días. _____ (Inicial)

Name _____ Date _____