

Covid-19 Pandemic Dental Treatment Consent Form

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

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. By signing this form, you are consenting to dental treatments knowing there could be potential risk. However, we are following all PPE and sanitizing guidelines at this time. We have worked hard to follow all recommendations that have been made for us in the dental field at this time.

For the safety of your children, yourself, and our staff, please answer the following questions:

1. Have you, your child/children or anyone in your household traveled out of the country in the past 14 days?

YES _____ NO _____

2. Do you, your child/children or anyone in your household have a fever, cough, cold, shortness of breath, or flu like symptoms?

YES _____ NO _____

3. Have you, your child/children or anyone in your household been in contact with anyone who has tested positive for Coronavirus?

YES _____ NO _____

4. Have you or your child experienced recent loss of taste or smell?

YES _____ NO _____

While your children are in our care please do not leave the parking lot/premises.

Signature

Date

Print Name

Temp taken by employee ____/____

Covid-19 Formulario de consentimiento para tratamiento dental pandémico

I, _____ a sabiendas y voluntariamente consiente que se complete el tratamiento dental durante la pandemia COVID-19.

Los procedimientos dentales crean agua pulverizada. No está claro cuánto tiempo puede permanecer en el aire la naturaleza ultrafina del aerosol, que puede transmitir el virus COVID-19. Al firmar este formulario, usted acepta tratamientos dentales sabiendo que podría haber un riesgo potencial. Sin embargo, estamos siguiendo todas las pautas de PPE y desinfección en este momento. Hemos trabajado duro para seguir todas las recomendaciones que se nos han hecho en el campo dental en este momento.

Para la seguridad de sus hijos, de usted y de nuestro personal, responda las siguientes preguntas:

1. Usted, su hijo / hijos o alguien en su hogar ha viajado fuera del país en los últimos 14 días?

SÍ _____ NO _____

2. Usted, su hijo / hijos o alguien en su hogar síntomas de fiebre, tos, resfriado, falta de aliento o gripe?

SÍ _____ NO _____

3. Usted, su hijo / hijos o alguien en su hogar ha estado en contacto con alguien que haya dado positivo por Coronavirus?

SÍ _____ NO _____

4. Usted o su hijo han experimentado una pérdida reciente de sabor u olfato?

SI _____ NO _____

Mientras sus hijos estén bajo nuestro cuidado, por favor no salga del estacionamiento / local.

Firma

Fecha

Nombre impreso

Temp tomado por el empleado _____ / _____