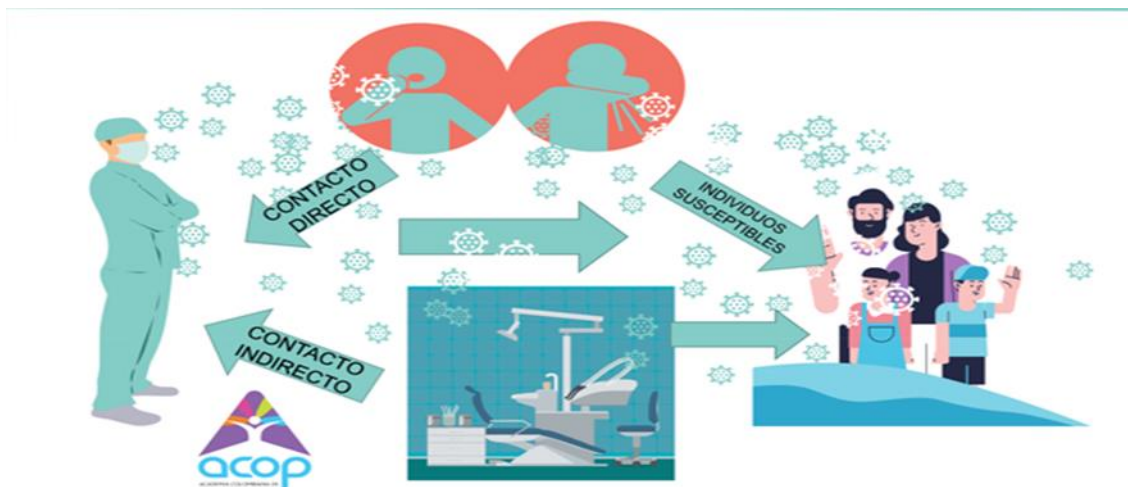


ANEXOS

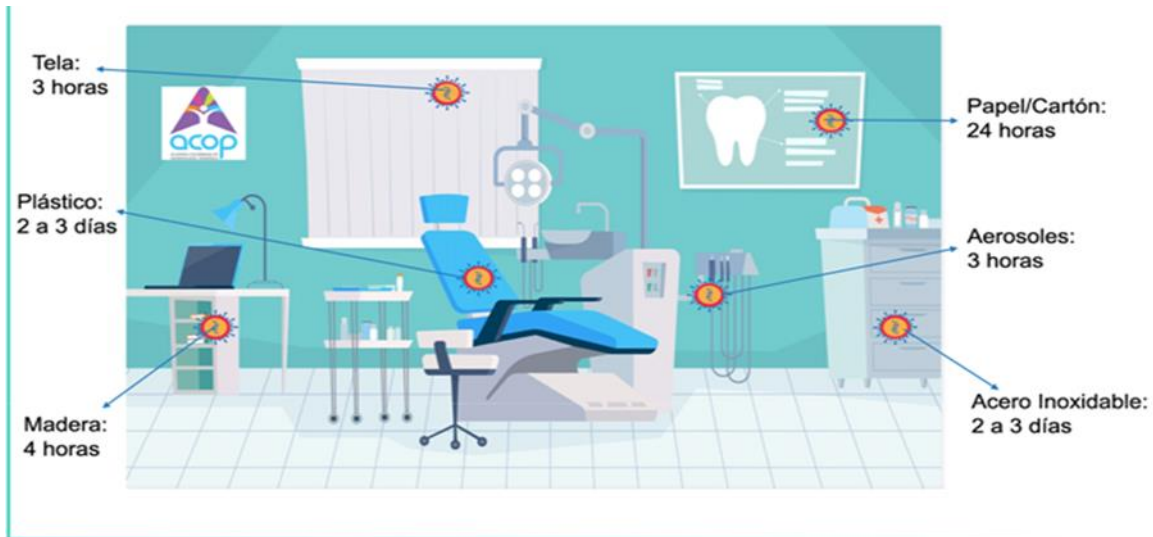
Anexo 1

Rutas de transmisión de SARS- CoV-2 en la práctica Odontológica.



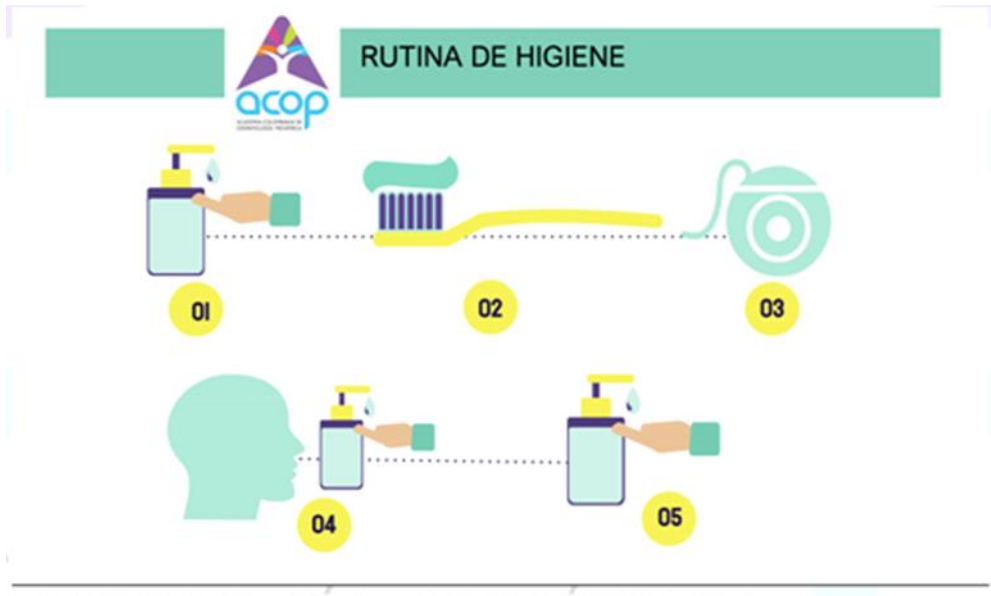
Anexo 2

Tiempo de persistencia en diferentes superficies del SARS-CoV-2.



Anexo 3

Ruta de higiene bucal.



Anexo 4

Pasos para ponerse el equipo de protección personal.



Anexo 5

Los 5 momentos del lavado de manos.



Anexo 6

¿CÓMO LAVARSE LAS MANOS?

Duración de todo el procedimiento: 40 - 60 segundos.

COMO REALIZAR EL LAVADO DE MANOS

		
1 Humedezca las manos	2 Deposite jabón	3 Frote las palmas entre si
		
4 Con los dedos entrelazados frote el dorso con las palmas.	5 Frote las palmas de las manos con los dedos entrelazados.	6 Frote el dorso de los dedos con la palma opuesta.
		
7 Frote con movimiento de rotación los pulgares.	8 Frote la punta de los dedos contra la palma contraria.	9 Enjuague las manos.

Anexo 7

Protección con cobertores para jeringas y suctor.



Anexo 8

Carteles de referencia.



Anexo 9

Carteles de referencia.



Anexo 10

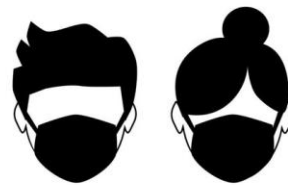


Anexo 11



AVISO

El uso de mascara o cobertura de nariz y boca es **OBLIGATORIO** dentro de nuestras instalaciones.



GRACIAS!

Anexo 12



Anexo 13

¿Qué puedo hacer para
protegerme del nuevo coronavirus
y otros virus respiratorios?



Lávate las manos
frecuentemente



Evita tocarte los ojos,
la nariz y la boca, ya
que las manos facilitan
su transmisión



Al toser o estornudar,
cúbrete la boca y la
nariz con el codo
flexionado



Usa pañuelos
desechables para
eliminar secreciones
respiratorias y tíralo tras
su uso haciendo una
disposición adecuada
en un cesto de basura







Si presentas síntomas
respiratorios evita el contacto
cercano con otras personas

Anexo 14

Agentes desinfectantes

**DESINFECTANTES VERIFICADOS
QUE INACTIVAN SARS-COV-2**

			
Hipoclorito de Sodio diluido al 0,1%	Productos con base alcohólica al 70%	Peróxido de hidrógeno diluido al 1%	Ácido Hipocloroso 150-200 ppm

Plastificar teclados y equipos informáticos.
Considerar los componentes no desechables del EPP como una superficie más.

Anexo 15

Medidas de desinfección.



Anexo 16

Ajuste de protección respiratoria.



01



02



Anexo 17

Pasos para después del tratamiento realizado.



Anexo 18

Pasos para quitarse el equipo de protección personal.



Anexo 19

Cuestionario previo a brindar una cita en la clínica dental ante emergencia COVID-19.

Nombre y apellido del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: ____ Edad: _____

Dirección: _____

Teléfono de casa: _____ celular: _____

Nombre del padre, madre o apoderado: _____

Marque con una X o un O (círculo) según su respuesta a las siguientes preguntas:

¿Tiene fiebre o ha tenido fiebre en estos últimos 14 días, mayor a 37.5 °C?	SI	NO
¿Ha tenido dificultad respiratoria, tos o problema respiratorio recientemente o en estos últimos 14 días?	SI	NO
¿Ha viajado durante estos últimos 14 días?	SI	NO
¿Ha tenido contacto con algún familiar, amigo, compañero de trabajo u otra persona que viajó durante estos últimos 14 días?	SI	NO
¿Ha tenido o tiene diarrea u otras molestias digestivas en los últimos 14 días?	SI	NO
¿Tiene o ha tenido sensación de mucho cansancio o malestar en los últimos 14 días?	SI	NO
¿Ha notado una pérdida del sentido del gusto o del olfato en los últimos 14 días?	SI	NO
¿Ha tenido contacto con alguna persona que está o estuvo en cuarentena domiciliar?	SI	NO
¿Ha tenido contacto con alguna persona que tuvo o tiene fiebre o	SI	NO
¿Ha participado en estos últimos 14 días en algún evento en el cual tuvo contacto con personas que no conoce?	SI	NO

Nota: Si un paciente responde "AFIRMATIVAMENTE" una de estas preguntas, indíquelo al paciente que se ponga en contacto al Departamento de Epidemiología (teléfono o cualquier medio disponible)

Anexo 20

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO Y DE ESPECIALIDAD ODONTOLÓGICA

CONTINGENCIA Y EMERGENCIA SANITARIA POR DECLARACIÓN DE PANDEMIA COVID-19,

CONFIRMACIÓN DE PACIENTE POR CONTAGIO O SOSPECHA.

Yo, _____, voluntariamente permito un tratamiento odontológico de emergencia durante la CONTINGENCIA Y EMERGENCIA SANITARIA POR DECLARACIÓN DE PANDEMIA COVID-19.

Yo confirmo y manifiesto bajo protesta de decir verdad que mi hijo(a) no está presentando ninguno de los siguientes síntomas de la definición operacional de la Fase 2 COVID-19 enumerados a continuación:

CASO SOSPECHOSO:

Persona que, en los últimos 7 días, haya presentado dos de los siguientes signos y síntomas:

- TOS, FIEBRE o CEFALEA.

Acompañadas de al menos uno de los siguientes:

- Disnea (dificultad para respirar dato de gravedad).
- Artralgias (dolor en articulaciones).
- Mialgias (dolor muscular).
- Odinofagia (ardor dolor faríngeo- de garganta).
- Rinorrea (flujo de secreción por nariz).
- Conjuntivitis (inflamación interna del ojo).
- Dolor Torácico

CASO CONFIRMADO:

Persona que cumpla con la descripción de caso sospechoso y que cuente con **DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR MEDIO DE UNA PRUEBA.**

Valido que mi hijo(a) no es caso sospechoso o confirmado y autorizo su atención odontológica.

Firma del padre, madre, tutor o representante legal del paciente:

Se me ha explicado de manera verbal y/o por texto que la vía de transmisión del SARS-CoV-2 es a través de gotas de saliva y contacto directo con superficies contaminadas, por lo que el profesional de la salud de odontología y el paciente tienen una mayor exposición, debido al uso de equipo rotatorio para el tratamiento, que genera aerosoles con saliva y sangre (portadores del virus) que se dispersan en el ambiente, además de la proximidad con la que trabaja el odontólogo con el paciente (menor de 50 centímetros).

- Conozco que se realizan los procesos de limpieza y desinfección general, de los espacios de áreas comunes, sala de espera, tránsito de personas, así como las medidas de prevención para la desinfección personal con el uso de gel antibacterial a todo paciente que llega y el lavado de manos.
- El personal de atención realiza los procesos de control de infecciones cruzadas, como son el lavado de manos en todo momento previo, durante y posterior a los procedimientos, ocupa equipo de protección personal nuevo y desechable para la atención de cada paciente, el mobiliario y equipo del cubículo de atención, así como todo el material que se usa para mi atención es previamente desinfectado y esterilizado, de la misma manera posterior a la atención que se realiza.
- Entiendo que los hábitos de las personas que circulan en la calle, las áreas comunes, además de los procedimientos clínicos, por las características del

virus, generan que mi hijo(a) se encuentre en el grupo de alto riesgo de contagio, esto disminuye con las medidas de control de infecciones antes mencionadas.

- Tengo conocimiento que la atención odontológica que genere aerosol y aspersion de saliva se recomendará su reprogramación. Solamente se brindará la atención a procesos considerados de emergencia odontológica cuando sea estrictamente necesario para lesiones o alteraciones como prioritarias de atención, siempre y cuando el paciente se considere aparentemente sano, en caso de ser paciente contagiado o sospechoso deberá referirse a su atención hospitalaria.

- Yo manifiesto bajo protesta de decir verdad que estoy buscando tratamiento para una afección que cumple con los criterios de ATENCIÓN DE EMERGENCIA ODONTOLÓGICA, fuerte dolor, inflamación, exudado purulento, limitación en la apertura, traumatismo, sangrado excesivo, aumento de volumen, limitación en movimientos de la masticación o los que considere mi Odontóloga/o tratante.

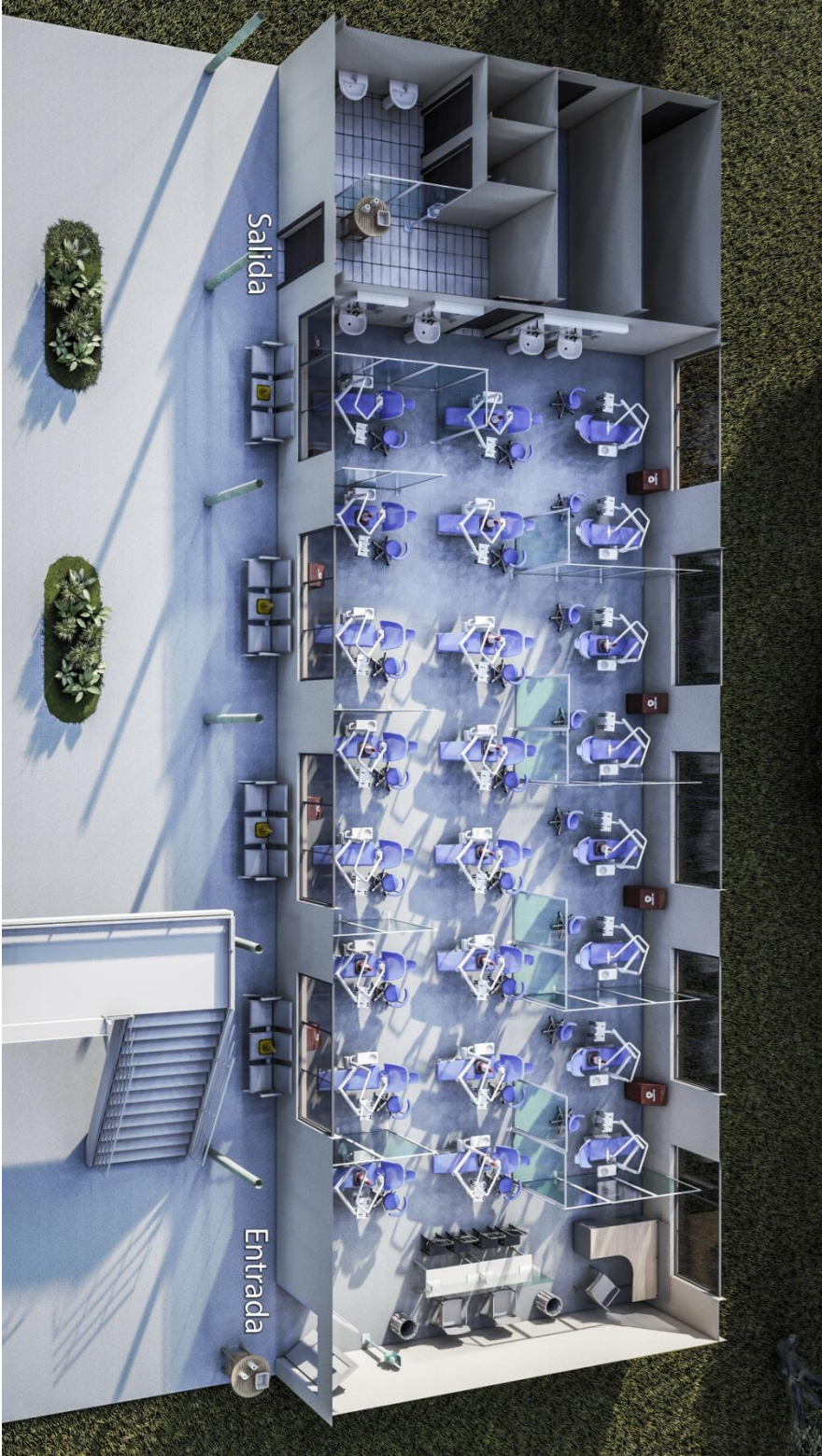
Firma del padre, madre, tutor o representante legal del paciente:

NOMBRE:

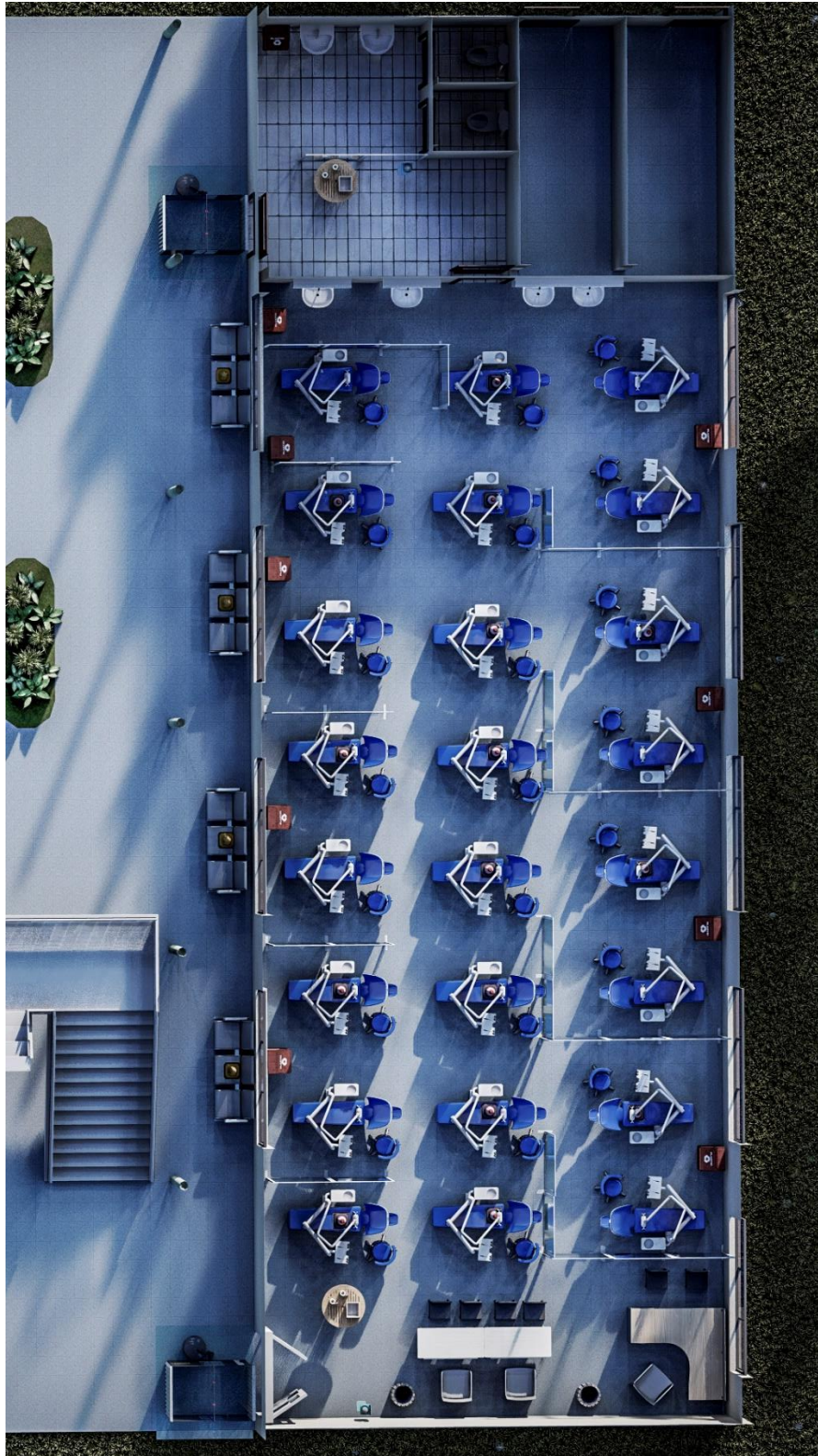
CI:

Fecha: _____

Anexo 21 Diseño de la clínica.



Anexo 22. Diseño de la clínica.



Anexo 23. Diseño de la clínica.



Anexo 24. Diseño de la clínica.

