

## Conformidad paciente

(Lugar y fecha)

..... de .....de 2020

Por la presente dejo constancia de haber recibido y comprendido la información brindada por el/la profesional ....., en relación a la obligatoriedad de utilizar en la atención odontológica los elementos de protección personal (EPP) necesarios para el resguardo de contagio del COVID 19, ello de acuerdo a los lineamientos del protocolo de prevención publicado por el Ministerio de Salud de la Nación.-

Asimismo, teniendo en cuenta el carácter obligatorio e indispensable de los Elementos de Protección Personal mencionados, y dado que mi Obra Social / Empresa de Medicina Prepaga, no brinda la debida cobertura para dicho costo, en forma voluntaria decido abonar al profesional el costo de los mismos a fin de preservar mi salud de acuerdo a los protocolos vigentes.

Firma

Aclaración

DNI