



PANDEMIA COVID-19

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS INVASIVOS Y CIRUGÍAS

Este documento complementa el Consentimiento Informado correspondiente al acto clínico, procedimiento invasivo o cirugía requerida para resolver el motivo de consulta

Yo _____ (nombre del paciente) entiendo que estoy optando por un tratamiento/procedimiento/cirugía que no es urgente.

También entiendo que el nuevo coronavirus, COVID-19, ha sido declarado una pandemia mundial por la Organización Mundial de la Salud. Entiendo además que COVID-19 es extremadamente contagioso y se cree que se propaga por contacto de persona a persona; y que, como resultado de esto, las autoridades nacionales y provinciales recomiendan el distanciamiento social. Reconozco que el Dr. _____ y todo el personal de **Clínica San Camilo**, están vigilando de cerca esta situación y han puesto en práctica medidas preventivas razonables destinadas a reducir la propagación de COVID-19. Sin embargo, dada la naturaleza del virus, entiendo que existe un riesgo inherente de infectarse con COVID-19 al proceder a este tratamiento/procedimiento/cirugía. *Por la presente reconozco y asumo el riesgo de contraer la infección por COVID-19 a través de este tratamiento/procedimiento/cirugía electivos.*

Entiendo que, aunque me hayan hecho la prueba del COVID-19 y haya recibido un resultado negativo, las pruebas en algunos casos pueden no detectar el virus o puedo haber contraído el COVID después de la prueba. Comprendo a su vez que si tengo una infección por COVID-19, e incluso si no tengo ningún síntoma de la misma, la realización de este tratamiento/procedimiento/cirugía en dicho marco puede llevar a una mayor probabilidad de complicación y muerte.

Entiendo que la posible exposición a COVID-19 antes/durante/después de mi tratamiento/procedimiento/cirugía puede dar lugar a lo siguiente: un diagnóstico positivo de COVID-19, cuarentena prolongada/autoaislamiento, pruebas adicionales, hospitalización que puede requerir terapia médica, tratamiento de cuidados intensivos, posible necesidad de intubación/apoyo con ventilador, intubación a corto o largo plazo, otras complicaciones potenciales y el riesgo de muerte.

Entiendo que COVID-19 puede causar riesgos adicionales, algunos o muchos de los cuales pueden ser desconocidos en este momento, además de los riesgos descritos en este documento, así como los riesgos para el tratamiento/procedimiento/cirugía en sí.

Se me ha dado la opción de aplazar mi tratamiento/procedimiento/cirugía a una fecha posterior. Sin embargo, entiendo todos los riesgos potenciales, incluyendo pero no limitándose a las posibles complicaciones a corto y largo plazo relacionadas con COVID-19, y me gustaría proceder con el tratamiento/procedimiento/cirugía que deseo.

CONSENTIMIENTO PARA PACIENTES NO COVID /COVID

Yo, _____ doy mi consentimiento para que me realicen un procedimiento invasivo o quirúrgico durante la pandemia COVID-19.

Además de la información brindada sobre el procedimiento a realizar, consistente en:

_____, se me ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, y declaro estar debidamente informado/a según lo disponen los artículos 5 y concordantes de la Ley 26.529 de Derechos del Paciente en materia de Información, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el Dr.:

Asimismo, he recibido respuesta a todas mis preguntas, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria.

CABA, _____ de _____ de _____

PACIENTE:.....
DNI:.....
Firma:.....

MÉDICO:.....
N° Matrícula:.....
Firma:.....

REPRESENTANTE LEGAL

D.N.I.:
Firma:

“En caso de paciente con infección por COVID-19”

“ En marco de la emergencia sanitaria impuesta por la EPIDEMIA/PANDEMIA de COVID-19 y ante la posibilidad de riesgo por contacto del personal, se omite la firma de paciente en este documento y se avala el mismo de acuerdo a la siguiente operatoria; Se le ha leído de viva voz el contenido de este consentimiento informado, y el Sr/a.

DNI n°....., ha estado de acuerdo y aceptado lo propuesto”.

Firma del Médico con aclaración / Firma Enfermero/a con aclaración / Administrativo/a con aclaración

(Firman 2 testigos certificándolo)

*Acompaña a éste documento un **ANEXO de REVOCACIÓN** en caso de que el paciente por el derecho que lo asiste en relación a Ley 26529/09 y su decreto 1089/12, deniegue el procedimiento, intervención o cirugía, podrá hacer uso del mismo.*

ANEXO

DENEGACIÓN O REVOCACIÓN

Yo, _____ después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto por el profesional tratante, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación/ revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Buenos Aires, _____ de _____ de _____

PACIENTE:.....

DNI:.....

MÉDICO:.....

Dr:.....

Nº Mat:.....

Firma:.....

Firma:.....

“Revocación en caso de paciente con infección por COVID-19”

“ En marco de la emergencia sanitaria impuesta por la EPIDEMIA/PANDEMIA de COVID-19 y ante la posibilidad de riesgo por contacto del personal, se omite la firma de paciente en este documento y se avala el mismo de acuerdo a la siguiente operatoria; Se le ha leído de viva voz el contenido de este consentimiento informado, y el Sr/a.

DNI nº, ha estado de acuerdo y aceptado lo propuesto".

.....

Firma del Médico con aclaración / Firma Enfermero/a con aclaración / Administrativo/a con aclaración

(Firman 2 testigos certificándolo)