



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO DE COVID-19

Entiendo que el nuevo Coronavirus (COVID-19) ha sido declarado pandemia mundial por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Además, entiendo que el COVID-19 es extremadamente contagioso y puede ser contraído por varias fuentes. Entiendo que el COVID-19 tiene un largo periodo de incubación durante el cual los portadores del virus pueden no mostrar síntomas y seguir siendo contagiosos.

Entiendo que soy la persona que toma las decisiones sobre el cuidado de mi salud. Parte del papel de esta oficina es proporcionarme información para ayudarme a tomar decisiones informadas. Este proceso a menudo se denomina "consentimiento informado" e implica mi comprensión y acuerdo con respecto a la atención recomendada, y los beneficios y riesgos asociados con la prestación de atención médica durante una pandemia. Dadas las limitaciones actuales de las pruebas del virus COVID-19, entiendo que determinar quién está infectado con COVID-19 es excepcionalmente difícil.

Para proceder a recibir la atención, confirmo y entiendo lo siguiente (Poner iniciales en los siete lugares indicados) Poner iniciales a continuación:

- Entiendo que mi tratamiento puede crear circunstancias, como la descarga de gotas respiratorias o el contacto de persona a persona, en las que se puede transmitir el COVID-19.
- Entiendo que estoy optando por un tratamiento electivo que puede no ser urgente o médicamente necesario, y que tengo la opción de aplazar mi tratamiento a una fecha posterior. Sin embargo, aunque comprendo los posibles riesgos asociados a la recepción de un tratamiento durante la pandemia de COVID-19, estoy de acuerdo en proceder a mi tratamiento deseado en este momento.
- Entiendo que debido a la frecuencia de las citas con los pacientes, los atributos del virus y las características de los procedimientos, puedo tener un riesgo elevado de contraer COVID-19 simplemente por estar en un consultorio médico.
- Confirmando que no estoy experimentando ninguno de los siguientes síntomas de COVID-19 que se enumeran a continuación:
*Fiebre *Dificultad para respirar *Tos seca *Secreción nasal
*Dolor de garganta *Pérdida del gusto o del olfato.

- Entiendo que los viajes aumentan mi riesgo de contraer y transmitir el virus COVID-19. Verifico que en los últimos 14 días no he viajado: 1) Fuera de los Estados Unidos a países que han sido afectados por el COVID-19; o 2) Dentro de los Estados Unidos en avión comercial, autobús o tren.
- Me informan de que usted y su personal han aplicado medidas preventivas destinadas a reducir la propagación del COVID-19. Sin embargo, dada la naturaleza del virus, entiendo que puede haber un riesgo inherente de infectarse con COVID-19 al proceder con este tratamiento. Por la presente, reconozco y asumo el riesgo de infectarme con COVID-19 a través de este tratamiento electivo y doy mi permiso expreso a usted y al personal de sus oficinas para que procedan a proporcionar la atención.
- Se me ha ofrecido una copia de este formulario de consentimiento.

CONSIENTO A SABIENDAS Y DE BUENA GANA EL TRATAMIENTO CON LA PLENA COMPRENSIÓN Y LA REVELACIÓN DE LOS RIESGOS ASOCIADOS CON LA RECEPCIÓN DE LA ATENCIÓN DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19. CONFIRMO QUE TODAS MIS PREGUNTAS FUERON RESPONDIDAS A MI SATISFACCIÓN.

HE LEÍDO, O ME HAN LEÍDO, EL ANTERIOR CONSENTIMIENTO DE INFORMACIÓN DE RIESGO PARA EL TRATAMIENTO DEL COVID-19. SOY CONSCIENTE DE QUE NO ES POSIBLE TENER EN CUENTA TODAS LAS POSIBLES COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO. TAMBIÉN HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE HACER PREGUNTAS SOBRE SU CONTENIDO Y, AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, ESTOY DE ACUERDO CON LA RECOMENDACIÓN ACTUAL O FUTURA DE RECIBIR LOS CUIDADOS QUE SE CONSIDEREN ADECUADOS PARA MI CIRCUNSTANCIA. TENGO LA INTENCION DE QUE ESTE CONSENTIMIENTO CUBRA TODO EL CURSO DE LA ATENCION DE TODOS LOS PROVEEDORES DE ESTA OFICINA PARA MI CONDICION ACTUAL Y PARA CUALQUIER CONDICION(ES) FUTURA(S) PARA LA CUAL BUSCO ATENCION DE ESTA OFICINA.

Firma del Paciente/Familiar:

Firma del tutor

Firma del testigo