

CONSENTIMIENTO INFORMADO RIESGO COVID-19

El nuevo coronavirus, COVID-19, ha sido declarado una pandemia mundial por la Organización Mundial de la Salud. Es extremadamente contagioso y se cree que se propaga por contacto de persona a persona, como resultado de lo cual se ha recomendado el distanciamiento social y el uso de mascarilla como medidas básicas para reducir el contagio.

Antes de la cirugía se le solicitará una prueba COVID, para conocer si usted está infectado o inmunizado, y se le recomendarán medidas de aislamiento para reducir al máximo las posibilidades de contagio. Sin embargo, incluso aunque le hayan realizado un test de COVID y haya recibido un resultado negativo, las pruebas en algunos casos pueden no detectar el virus o puede haber contraído COVID después de la prueba.

Una de las características del virus COVID-19 es la posibilidad de conducir a una insuficiencia respiratoria aguda con necesidad de ventilación mecánica e ingreso en UCI.

Tanto el Dr./Dra. _____ como el Hospital/Clínica _____ han implementado las medidas preventivas necesarias para reducir la propagación del COVID-19, extremando las medidas habituales de desinfección y esterilización.

Aún así, existe un riesgo inherente de infectarse con el virus COVID-19 en virtud de proceder con el tratamiento quirúrgico. Entiendo que la posible exposición al COVID-19 durante el periodo perioperatorio (antes, durante o inmediatamente después) de la cirugía puede resultar en:

- un diagnóstico positivo de COVID-19
- cuarentena extendida / autoaislamiento
- pruebas adicionales de estudio de COVID-19
- hospitalización y tratamientos adicionales, incluyendo tratamiento de cuidados intensivos, posible necesidad de intubación y ventilación mecánica, otras posibles complicaciones y el riesgo de muerte

Entiendo que el COVID-19 puede causar riesgos adicionales, algunos o muchos de los cuales pueden no conocerse actualmente, o que modifiquen los riesgos del tratamiento quirúrgico a realizar.

La razón de esta información es que pueda tomar libremente la decisión de continuar con o rechazar la intervención quirúrgica programada.

MANIFIESTO

Haber entendido la información recibida.

Haber recibido y entendido las explicaciones oportunas acerca de la naturaleza de la enfermedad por COVID-19, medidas para contenerla, riesgos potenciales y posibles complicaciones derivadas de la misma.

AUTORIZO

Al Dr. (nombre Dr) _____ y a su equipo, a realizar el procedimiento _____ en las instalaciones de (nombre de hospital/clínica) _____

FIRMADO

Nombre de paciente	Nombre del médico
DNI	DNI
Fecha	Fecha