

Yo, _____, D.N.I. N° _____, por medio del presente documento, en forma libre, en pleno uso de mis facultades mentales y sin limitaciones o impedimentos de carácter médico o legal, habiendo recibido información por parte del médico tratante sobre las condiciones médicas en que me encuentro y que el análisis de PCR que me fuera efectuado el día.....ha dado positivo, es decir que indica claramente que sigo enfermo de COVID 19; luego de quince días de estar internado, decido VOLUNTARIAMENTE retirarme del SANATORIO BORATTI S.R.L. y SOLICITO por ello se me el ALTA, asumiendo todas y cada una de las consecuencias médicas y legales que se deriven de esta decisión.

Firma del paciente: _____

DNI: _____

Aclaración de Firma: _____

CERTIFICO que he explicado al pacienteque
.....y he contestado todas sus preguntas. Considero que el paciente, comprende completamente lo que he explicado, especialmente que deberá seguir cumpliendo con la medida de aislamiento social inclusive en su hogar, tomando las siguientes precauciones: Medidas para el paciente en aislamiento: 1) Permanecer en un espacio o habitación de uso individual. La puerta de la habitación debe permanecer cerrada hasta la finalización del aislamiento y debe mantenerse una adecuada ventilación. 2) No salir de la habitación en ninguna circunstancia, con excepción del uso del baño o una condición de urgencia (deterioro de la salud o compromiso de la vida). 3) El paciente deberá utilizar barbijo quirúrgico en caso de ir al baño y podrá reutilizarlo si el mismo no se moja o se mancha con secreciones. Luego del retirar el barbijo deberá higienizarse las manos con solución hidroalcohólica. 4) La persona enferma debe utilizar barbijo quirúrgico en caso de tener que concurrir de urgencia a un centro de salud. 5) La persona enferma no debe recibir visitas durante el periodo de aislamiento, excepto para eventuales controles de salud. La presencia de otras personas en el domicilio debe limitarse a lo estrictamente necesario. Disponer, en lo posible, de un sistema de comunicación por vía telefónica o equivalente para comunicarse con los familiares, sin necesidad de salir de la habitación. 6) La persona enferma o en aislamiento debe seguir en todo momento las medidas de higiene respiratoria: cubrir la boca y la nariz al toser o estornudar con pañuelos desechables o hacerlo en el codo pliegue del codo. 7) En la habitación deberá colocarse un contenedor de residuos. 8) La persona enferma deberá lavarse las manos antes y después de concurrir al baño y dentro de la habitación de aislamiento deberá utilizar soluciones hidroalcohólicas en forma frecuente. 9) Utilizar utensilios de aseo de uso individual, al igual que los productos para la higiene de manos como el jabón o la solución hidroalcohólica. 10) La ropa, sábanas y toallas del paciente deben colocarse en una bolsa dentro de la habitación del paciente, hasta el momento de lavarla. No sacudir la ropa sucia y

evitar el contacto directo de la piel y la ropa con los materiales contaminados. 11) La ropa, sábanas y toallas deberán lavarse por separado y en lo posible con agua caliente entre 60 a 90 grados. 12) Mantenga la higiene del domicilio, utilice productos de limpieza habitual (detergente y lavandina). 13) Limpiar exhaustivamente el baño, luego del uso del paciente. De ser posible se propone que el paciente utilice su propio baño..-

Nombre del Médico: _____

Firma del Médico: _____

Historia Clínica N°: _____

En la ciudad de Posadas, capital de la Provincia de Misiones, a losdías del mes de del año 2021, el que suscribe, titular de DNI**DECLARO BAJO JURAMENTO:** He leído detenidamente la información que antecede, comprendido en su totalidad la misma, efectuado preguntas que me han sido contestadas satisfactoriamente y decido **RATIFICAR** mi solicitud de **ALTA VOLUNTARIA**, porque asumo plenamente consciente el peligro y/o el riesgo de sufrir alguna otra afección de salud o el empeoramiento de mi salud actual. **DESLINDO** expresamente de toda responsabilidad civil, penal y/o administrativa al Sanatorio Boratti S.R.L., al profesional médico Dr..... y al resto del equipo de salud que me asistió, renunciando a toda acción y derecho en su contra en caso de que sufra otra afección o empeoramiento de mi estado de salud actual, comprometiéndome a cooperar cumpliendo estrictamente las medida de aislamiento domiciliario hasta que el Test de PCR de negativo de COVID 19.-

Firma del paciente: _____

DNI: _____

Aclaración de Firma: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____