

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL CONTROL, LA ATENCION Y TRATAMIENTO DE PACIENTES DURANTE LA PANDEMIA COVID 19.

Como paciente, usted tiene el derecho de conocer los beneficios, y posibles riesgos de la atención y tratamiento, durante la consulta y/o la práctica médica, en el marco de la Pandemia por Coronavirus. Este documento tiene como fin, brindarle la información necesaria **para que usted pueda tomar la decisión libre y voluntaria, de aceptar y/o rechazar la consulta o la practica médica, luego de evaluar los riesgos de la misma.** Al respecto le explicamos que los coronavirus son una extensa familia de virus, algunos de los cuales pueden ser causa de diversas enfermedades humanas, que van desde el resfriado común hasta el SRAS (síndrome respiratorio agudo severo). Nos encontramos en el curso de una pandemia declarada por la Organización Mundial de la Salud en razón de la aparición de una nueva enfermedad viral, que se propaga aceleradamente, en países y regiones de casi todo el mundo, que se ha dado en llamar Covid 19, y que no es una simple gripe, ya que su peor evolución provoca la muerte. Se trata de cepas que no habían sido identificadas previamente en humanos y, como en otros virus que causan neumonía, cuando se transmiten en humanos, el contagio se produce generalmente por vía respiratoria, a través de las “*gotitas de Flugge*” que las personas producen cuando tosen, estomudan o al hablar. **Los principales síntomas de la enfermedad que se conocen hasta la fecha son: fiebre, tos seca, dolor de garganta, dificultad de reconocer olores y/o sabores, falta de aire (disnea), escalofríos y malestar general, entre otros, y una persona contagiada por el virus puede sufrir, entre las consecuencias y complicaciones propias de dicha afección que se conocen a la fecha, un síndrome respiratorio agudo por neumonía, problemas hepáticos, neuronales, y cardiacos que puede poner en riesgo su vida.** Aun no existe medicación específica, ni vacuna para el tratamiento de Covid 19, solo contamos con medios de protección recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que van variando según el conocimiento diario de esta enfermedad. **Además, si bien se conoce la transmisión del virus por la vía respiratoria antes expuesta, encontrándose aun en estudio la enfermedad, pueden existir otras fuentes o formas de contagio a la fecha desconocidas. Por ello, en el contexto de una pandemia y debido a la alta contagiosidad del Coronavirus, la principal protección es el aislamiento del individuo, evitando el contacto social, protección que se vio afectada en el momento que usted decidió hacerse presente en este instituto médico.** Otros medios de protección sugeridos y obligatorios son, la utilización de anteojos o antiparras, barbijos, camisolín protector, gorro, guantes y la higiene de manos, esta última realizada con agua y jabón, alcohol líquido o en gel y toda solución que destruya la capacidad de infección viral, los cuales dispone su médico al momento de la consulta. El tiempo de exposición al virus que causa Covid 19 y la aparición de los primeros síntomas son amplios y durante el mismo sus portadores, llámense pacientes, acompañantes, médicos y personal del instituto pueden estar asintomáticos, siendo altamente contagiosos, **resultando imposible determinar quien es portador del virus, debido a la falta de insumos para realizar la prueba diagnóstica y las limitaciones existentes para adquirir dichos insumos, tanto en ámbitos públicos como privados de salud.** El alto riesgo de transmisión del virus que causa Covid 19, nos impide asegurar que a pesar de las altas protecciones con las que cuenta su médico se evite el contagio, durante la estrecha consulta y/o practica médica. -----

En la ciudad de Posadas, capital de la Provincia de Misiones, a los ..... días 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, y decidido firmar el presente **CONSENTIMIENTO INFORMADO** porque **asumo en forma voluntaria y plenamente consciente del peligro, el riesgo de contagio de Covid 19 y/o el riesgo de sufrir alguna otra afección de salud o el empeoramiento de mi salud actual, por concurrir a la consulta médica. DESLINDO expresamente de toda responsabilidad civil, penal y/o administrativa al profesional médico que me asistirá y a la institución médica, personal paramédico, de limpieza y administrativo que presta tareas o servicios en la misma, renunciando a toda acción y derecho en su contra en caso de que sufra contagio por Covid 19 o cualquier otra afección o empeoramiento de mi estado de salud actual. ACEPTO que voluntariamente he asumido los riesgos del posible contagio del virus que produce Covid 19, desde el momento que salí de mi casa, durante el traslado a esta Institución Médica, durante mi permanencia en la institución médica, el transcurso de la consulta**

médica y durante el traslado de vuelta hacia mi domicilio. Asisto voluntariamente a consulta médica, por padecer patologías que lo ameritan, y me encuentro libre de sintomatología coincidente con Covid 19, no tengo fiebre, no tengo dolor de garganta, no tengo tos, no tengo pérdida del olfato y del sabor y no tengo dificultad respiratoria. Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínicos actuales. Doy el consentimiento y autorizo al profesional y/o servicio para realizar la práctica de la consulta médica y posterior tratamiento que puede incluir otras consultas futuras, asumiendo todos los riesgos detallados y comprometiéndome a cooperar dando aviso a mi médico/a, si en el transcurso de los días posteriores a esta consulta presento alguno de los síntomas de Covid 19.-

Firma del Paciente

Aclaración de firma

DNI