

## CONSENTIMIENTO GENERAL DE INTERNACIÓN PARA PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE COVID-19.

Ciudad y fecha: ...../...../20....-

- 1.** Yo, ....., habiéndome explicado en términos claros y sencillos el diagnóstico médico que presento, como así también los objetivos, alcances, características y beneficios esperados del tratamiento propuesto, solicito ser internado en ....., de acuerdo a lo que ha sido requerido por el/la **Dr./a**.....
- 2.** En virtud de lo manifestado en el punto anterior, solicito y al mismo tiempo autorizo a que vuestro establecimiento asistencial me brinde las prestaciones propias del servicio de internación que requiero, tales como: atención de enfermería, atención médica de urgencia o terapia intensiva, medicamentos, servicio de laboratorio y diagnóstico por imágenes, alojamiento, nutrición y, eventualmente, provisión de quirófano. Asimismo, manifiesto que entiendo y autorizo que, en el caso de ser necesario, el seguimiento clínico o quirúrgico de mi enfermedad y sus eventuales complicaciones, sea realizado por diferentes profesionales que presten servicios para la Institución en la que me interno.
- 3.** En lo que a la atención médica se refiere, dejo expresado que con anterioridad a este acto se me ha explicado la naturaleza y objetivo de lo que se me propone realizar, y los riesgos propios del tratamiento o procedimiento médico que en definitiva se me practicará. Se me ha aclarado que hasta el momento no existe un tratamiento específico ya probado para esta infección viral pero que, sin embargo, ante la necesidad de ofrecer un tratamiento que busque mejorar la evolución de la enfermedad e incrementa la posibilidad de sobrevida, las sociedades científicas de distintos países, incluida la Sociedad Argentina de Infectología, recomiendan ciertos protocolos terapéuticos, que además son sugeridos por la OMS (Organización Mundial de la Salud) y Ministerio de Salud de la República Argentina. Se trata del suministro de drogas y antivirales indicados "*fuera de prospecto o uso off label*", lo que significa la utilización de un medicamento para una indicación distinta para la que oficialmente se encuentra registrado y autorizado su uso, en la medida en que no existan tratamientos alternativos, y que la evolución de la afectación padecida signifique una amenaza para la salud y/ o la integridad y/ o vida de la persona que la sufre. He comprendido que la prescripción de dichas drogas se me indicarán de acuerdo al criterio médico y en base a la evolución que tenga mi afección, ello para intentar detener el agravamiento progresivo del estado de salud, pero sin asegurar resultado positivo alguno y que, como cualquier medicación, puede provocar efectos adversos variados.
- 4.** Estoy en conocimiento de que durante el curso de la intervención médica condiciones especiales pueden requerir acciones extras o diferentes a las originariamente previstas; por lo que autorizo al equipo médico, extensiva a quienes estos deleguen, la realización de los procedimientos o intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional, incluyendo transfusión de sangre y/o hemoderivados, entendiéndolos riesgos que implican tales procedimientos transfusionales.
- 5.** Se me ha informado acerca de lo previsto en el art. 2 inc. e) y art. 5 incs. g) y h) de la ley 26.529 (según modificaciones introducidas por la ley 26.742); y en consecuencia hago constar que ..... (*marcar "Sí o No"*) es mi voluntad que, en caso de presentarse durante o con posterioridad a la realización del procedimiento propuesto alguna complicación o daño que me provoque una enfermedad incurable o me coloque en estado terminal, **rechazar** cualquier procedimiento quirúrgico, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o medidas de soporte vital cuando éstas sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a la perspectiva de mejoría, o produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de mi estado terminal o irreversible, o bien produzcan un sufrimiento desmesurado en mi persona.
- 6.** Dejo constancia que no se me ha prometido resultado o garantía de ninguna índole con respecto al tratamiento a realizarme, y reconozco que la medicina es una ciencia no exacta, de carácter inductivo, lo cual explica que, por la individualidad propia de cada paciente, puedan presentarse resultados no satisfactorios, existiendo en todo tratamiento clínico o quirúrgico un alea que escapa a las previsiones más prudentes.
- 7.** Específicamente hablando de la enfermedad que padezco, se me ha explicado que los coronavirus son una extensa familia de virus, algunos de los cuales puede ser causa de diversas enfermedades humanas, que van desde el resfriado común hasta el SRAS (síndrome respiratorio agudo severo). Al respecto del nuevo coronavirus, se trata de cepas que no habían sido identificadas previamente en humanos. 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, estornudan o al hablar. Al momento de esta internación padezco síntomas propios de la enfermedad. Se me instaurarán los cuidados y tratamiento que los profesionales médicos indiquen,

respecto de lo cual no se me ha garantizado resultado positivo alguno, pudiendo la infección que padezco agravar mi cuadro hasta un síndrome respiratorio agudo por neumonía que ponga en riesgo mi vida. También se me ha explicitado que, debido a la pandemia, la institución tiene seriamente comprometida su capacidad prestacional, no obstante, todo lo cual, mi diagnóstico requiere hospitalización para su tratamiento.

**8.** Debido a la alta contagiosidad del Coronavirus, se me ha explicado que durante la internación no podré recibir visitas de ninguna índole y que los partes médicos serán brindados principalmente en forma telefónica u otro método remoto a mi persona y/o a mi familiar directo cuyo nombre seguidamente detallo: .....

**9.** Se me ha explicado también que, en caso de producirse mi fallecimiento, mis familiares no podrán concurrir al centro asistencial, arbitrándose los procedimientos establecidos por la autoridad sanitaria para la entrega del cuerpo.

**10.** Autorizo la exhibición y/o entrega de este instrumento y de la totalidad de mi historia clínica ambulatoria y de internación a aquellos entes o personas que estimen el profesional antes mencionado y/o el establecimiento asistencial, en la medida que los destinatarios sean profesionales de la salud, instituciones de salud, obras sociales o empresas de medicina pre paga, consultoras de riesgo médico legal, aseguradoras, funcionarios judiciales, autoridades sanitarias, o cualquier otra persona con interés en evaluar los alcances de la atención médica o paramédica que se me haya prestado. Asimismo, autorizo la documentación del procedimiento por fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, aunque con reserva acerca de mi identidad.

**Firma del paciente:** ..... **Aclaración:** .....

**Documento:** ..... **Teléfonos:** .....

**Domicilio:** .....

**SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:**

Por el presente dejo constancia que concurro a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado al inicio, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada. Asimismo y atento debe permanecer un adulto en compañía del paciente menor o incapaz, asumo la responsabilidad de permanecer dentro de la habitación durante todo el periodo que dure su internación en piso, teniendo expresa prohibición de salir de la misma y cumpliendo las medidas de cuidado y prevención que los médicos y enfermeros me indiquen.

**(1) Firma:** ..... **(2) Firma:** .....

**Aclaración:** ..... **Aclaración:** .....

Documento: ..... Documento: .....

Teléfono: ..... Teléfono: .....

Domicilio: ..... Domicilio: .....

(1) Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: .....

(2) Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: .....