

**FORMULARIO DE RECHAZO INTERNACIÓN**  
**PACIENTES CON SOSPECHA O CONFIRMACIÓN DE CORONAVIRUS**

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

1. Yo, .....D.N. I....., siendo las.....horas, manifiesto haber sido informado/a en términos claros y sencillos por el Dr./a ..... que de acuerdo a la evaluación médica practicada podría presentar o presento una infección por COVID-19 (*suprimir lo que no corresponda*).
2. 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). El nuevo coronavirus, forma parte de un grupo de cepas particulares de coronavirus que no había sido identificada 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. He tomado conocimiento que los principales síntomas de la enfermedad son: fiebre persistente, tos seca, dolor de garganta, falta de aire (disnea), escalofríos y malestar general. También se me ha explicado que la infección puede provocar desde síntomas leves, hasta un cuadro neumónico grave que ponga en riesgo mi vida. También se me ha explicado acerca del carácter altamente contagioso de la enfermedad.
3. **Se me ha informado que de acuerdo a mi actual estado de salud y síntomas que presento, requiero continuar internado en esta institución para su correcto seguimiento y tratamiento, a lo cual me niego.** Manifiesto unilateralmente que permaneceré aislado en mi domicilio particular.
4. Se me ha explicado que, desde el punto de vista normativo, los diagnósticos o identificación de casos sospechosos de COVID-19 constituyen un evento de notificación obligatoria en el marco de la Ley 15.465 y debe ser comunicado en forma inmediata y completa al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, SNVS 2.0, en Grupo de Eventos: Infecciones respiratorias agudas (IRAS), Evento: Sospecha de Virus Emergente.
5. Entiendo que, en el contexto de tratarse de una enfermedad de denuncia obligatoria, mi negativa a la internación será denunciada a las autoridades sanitarias y jurisdiccionales correspondientes, con las consecuencias que ello conlleve para mi persona.
6. Hago presente que se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas han sido contestadas completa y satisfactoriamente. Comprendo perfectamente todo lo mencionado en los puntos anteriores y dejo constancia que asumo a mi exclusivo cargo todas las consecuencias que mi negativa de permanecer internado en este establecimiento médico asistencial genere sobre mi estado de salud, deslindando de toda responsabilidad a la institución, médicos, enfermeros, auxiliares, y demás personas que hasta el momento me han asistido.

.....  
**Firma paciente**

.....  
**Firma  
Testigo (familiar,  
enfermero, etc.)**

.....  
Aclaración de firma

.....  
Aclaración de firma

.....  
Documento

.....  
Documento

.....  
Domicilio y teléfono contacto

.....  
Domicilio y teléfono contacto

**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, asumiendo las consecuencias de la negativa expresada.

1) Firma: ..... Aclaración: .....

Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: .....

Documento: ..... Teléfono: .....

Domicilio: .....

2) Firma: .....Aclaración: .....

Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: .....

Documento: ..... Teléfono: .....

Domicilio: .....