

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CONSULTA EXTERNA

FECHA: Día _____ Mes _____ Año _____ Ciudad _____

PACIENTE _____

Tipo de identificación CC __ CE__ TI __ Otro __ N° _____

Yo, _____ con identificación CC _ CE N° _____ de _____, por medio del presente documento manifiesto:

1. Que de manera detallada se me ha suministrado información completa, suficiente, con un lenguaje sencillo y claro.
2. Que se me ha explicado de manera clara que dada las limitaciones que se tienen en el marco de las modalidades de atención no presencial basadas en teleorientación o telemedicina, se considera indispensable que se realice una atención presencial para realizar examen físico con el propósito de profundizar en la atención que me ha sido brindada y definir, complementar, o ajustar el plan de tratamiento.
3. Que se me ha explicado la naturaleza de la enfermedad, acerca del significado de caso sospechoso o confirmado del coronavirus COVID-19. Adicionalmente he recibido información en cuanto a su presentación clínica, síntomas, modo de contagio, medidas para evitar o mitigar el riesgo de contagio, posibilidad de sufrir la enfermedad, complicaciones o muerte.
4. Que se me ha explicado con claridad que, en el marco de la declaratoria de emergencia sanitaria decretada por el gobierno nacional, y dado que nos encontramos en fase de mitigación, existe un riesgo potencial de contagio por COVID-19 cada vez que suspenda el aislamiento preventivo, durante el desplazamiento o en la estancia en el consultorio aun cuando se tomen todas las medidas para mitigar el riesgo de transmisión.
5. Que se me han explicado con claridad las medidas que se han tomado desde Ministerio de Salud y Protección Social para mitigar el riesgo de transmisión durante los desplazamientos y en la permanencia dentro del consultorio y la consulta, dentro las cuales encuentran, sin limitarse a ellas, mantener el distanciamiento social, el uso permanente de tapabocas y el lavado frecuente de las manos.
6. Que entiendo y reconozco la importancia de conservar las medidas de autoprotección que me han sido explicadas, y que el riesgo se aumenta considerablemente en caso de no cumplirlas.
7. Que reconozco el derecho y el deber del profesional de la salud o de la institución de suspender, aplazar o cancelar la consulta en caso de incumplir por mi parte con las medidas de autoprotección que me han sido previa y claramente explicadas, dada la necesidad de mitigar la propagación del virus en el país.

Que tras haberse cumplido lo anterior, doy mi consentimiento para asistir a la consulta presencial ordenada, y manifiesto expresamente mi compromiso de acatar durante los desplazamientos, la permanencia en el consultorio, y durante la consulta las medidas de autoprotección para mitigar el riesgo de contagio que me han sido previamente explicadas, y respecto de las cuales he podido realizar las preguntas que consideré pertinentes para aclarar las dudas.

Certifico que el contenido de este consentimiento me ha sido explicado en su totalidad, que lo he leído o me lo han leído y que entiendo perfectamente su contenido.

Firma del Paciente

CC. _____ de _____

Nombre personal de la institución de Salud _____

Firma de personal de institución de Salud _____

C.C _____

Cargo: _____