**CONSENTIMIENTO INFORMADO ESPECIAL PARA CUIDADOR DE PACIENTE HOSPITALIZADO**

**EN SALA GENERAL Y UNIDADES**

DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA DEBIDO A LA PANDEMIA POR SARS CoV-2/COVID-19

Abril 2020

|  |  |
| --- | --- |
| Nombres y apellidos del paciente |  |
| Tipo y número de identificación del paciente |  |
| Fecha |  |

Teniendo en cuenta la situación epidemiológica actual, y dado que nos encontramos en una fase de mitigación de la epidemia por SARS CoV-2, sabemos a ciencia cierta que la permanencia de su hijo en hospitalización en sala general o en las unidades de cuidado especial, así como su circulación o permanencia en en el Instituto durante la hospitalización de su hijo(a) como acompañante, implican algunos riesgos para el paciente (su hijo(a)) y para usted como cuidador del paciente, y son los siguientes:

1. **RIESGO DE CONTAGIO O INFECCIÓN POR SARS CoV-2-COVID-19.**

Este contagio puede darse de la siguientes formas (sin estar limitado a las que se listan a continuación):

* No adherencia al adecuado lavado de manos o con la frecuencia necesaria por parte del cuidador y/o del paciente cuando esto último aplica
* No uso o uso inadecuado de elementos de protección personal por parte del paciente y/o de su cuidador (acudiente o acompañante) durante la estancia en nuestra institución.
* Infección cruzada por proximidad o contacto con otros pacientes contagiados con o sin evidencia clinica de enfermedad. Esto puede ocurrir a pesar de la adecuada implementación de procedimientos y protocolos de aislamiento y prevención de infecciones por parte del Instituto en todas sus sedes y por todos sus colaboradores
* Contagio por nexo epidemiológico al interrumpir el aislamiento social para ser atendido en servicios de internación en la institución. Dicho nexo o contacto epidemiológico puede ocurrir en la calle, en el transporte público, transporte por terceros, o estancia previa en otra institución de salud o incluso en nuestra sede, a pesar de la adecuada implementación de procedimientos y protocolos de aislamiento y prevención de infecciones por parte del Instituto y por todos sus colaboradores.

1. **PRESENTACIÓN DE ENFERMEDAD POR SARS COV-2-COVID-19 GRAVE O CRÍTICA**

Algunas personas que son contagiadas con SARS CoV-2 - COVID-19 pueden presentar una modalidad grave o crítica de la enfermedad. La enfermedad puede ser adquirida por el paciente o por el cuidador durante su circulación o permanencia en nuestra institución a pesar de que el Instituto cuenta con todas las medidas de protección para minimizar el riesgo de contagio durante la atención; en ese caso, el paciente o el cuidador podrían presentar una modalidad grave o crítica de la enfermedad con las siguientes complicaciones posibles : afectación pulmonar por el virus (neumonía viral), miocarditis, encefalitis, trombosis venosa central, necesidad de soporte respiratorio, falla respiratoria, necesidad de soporte ventilatorio o ventilación mecánica; esto incluye estancia en Unidad de cuidado Intensivo. Los posibles desenlaces de la modalidad grave o crítica son: disminución de la capacidad vital funcional (por cicatrices en el tejido pulmonar), secuelas neurológicas derivadas de complicaciones por paros cardiorrespiratorios e hipoxia cerebral, y muerte. Es importante que sepa que las enfermedades crónicas, la desnutrición y la edad avanzada (mas de 60 años), son factores de riesgo para presentar las modalidades graves y criticas de la enfermedad.

A través de varios procedimientos de evaluación del riesgo buscamos identificar pacientes y cuidadores con sospecha o alta probabilidad de infección por SARS COV-2-COVID-19 para aislarlos y disminuir al máximo el riesgo de contagio hacia otros pacientes y hacia el personal de salud. **Por esto es INDISPENSABLE que responda con veracidad a TODAS las preguntas que realiza el personal para identificar si el paciente, o usted como cuidador, podrían ser considerados pacientes sospechosos de infección o enfermedad COVID-19**. Si se identifica que el paciente o su cuidador tienen alta probabilidad de infección por SARS COV-2-COVID-19, no se les negará la atención; si es posible, de acuerdo con la condición particular de cada paciente, se reprogramarán procedimientos; en caso de no ser posible aplazar cualquier procedimiento por la situación particular del paciente y de su patología, se identificarán los protocolos mas seguros de atención y se dará prioridad a su estado de salud y a la protección de otras personas y de su propio núcleo familiar a través de nuestros protocolos de atención.

En resumen, al firmar este documento, entiendo y manifiesto lo siguiente:

* He respondido verazmente todas las preguntas que se me han formulado tanto telefónica como presencialmente sobre antecedentes de contacto y presentación de síntomas durante los últimos 10 días tanto en mi mismo como en el paciente (mi hijo(a)).
* Me comprometo a cumplir con los protocolos y procedimientos de lavado de manos, circulación y utilización de elementos de protección personal que me sean explicados y que son para mi protección, la de los pacientes y el personal de la institución.
* Doy mi consentimiento para que mi hijo(a) sea hospitalizado(a) en el Instituto y declaro que me fueron explicados los riesgos que corre mi hijo durante la hospitalización y a los que me encuentro sometido(a) al permanecer a su lado como acompañante. Al entender estos riesgos exonero al Instituto Roosevelt de cualquier responsabilidad por nuestro contagio potencial con SARS COV-2-COVID-19, así como de los desenlaces potenciales de dicho contagio.
* Entiendo que tengo derecho de negar o retirar mi consentimiento para la hospitalización de mi hijo(a) en el Instituto Roosevelt y que conozco las alternativas de cuidado que tiene mi hijo(a) o yo mismo si decido no someterlo(a) a la hospitalización o no permanecer a su lado como acompañante durante dicha hospitalización.

Consentimiento (Acepto) Disentimiento (No Acepto)

Autorizo al **Instituto Roosevelt** que me sea enviado por correo electrónico el resumen de historia clínica HC y exámenes diagnósticos

SI\_\_\_ NO\_\_\_ Correo electrónico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Manifiesto que he leído el presente documento y que recibí una explicación clara y completa, por lo tanto declaro que he comprendido totalmente lo anterior y que he tenido la oportunidad de resolver mis preguntas sobre este documento y los riesgos que en este se me presentan, por lo que en constancia firmo y acepto su contenido.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Nombres y apellidos  **Representante legal del paciente** |  | Nombres y apellidos  **Medico o enfermero encargado del servicio en hospitalización** |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Firma** |  | **Firma** |