**CEFO-0139-v0-CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ATENCIÓN EN SERVICIOS AMBULATORIOS**

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

Versión 2

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

La atención ambulatoria presencial durante la emergencia sanitaria debido a la pandemia por COVID-19 se prestará en el Instituto Roosevelt (y sus sedes) de acuerdo con los lineamientos de las autoridades sanitarias locales y nacionales, y procedimientos estrictos de seguridad y de protección tanto para el paciente como para su acompañante y el personal de la institución. Sin embargo, de acuerdo con la situación epidemiológica actual, y dado que nos encontramos en una fase de mitigación de la epidemia actual por SARS CoV-2, sabemos que la atención ambulatoria presencial, en cualquiera de nuestras sedes, implica algunos riesgos para cada paciente y su cuidador (acudiente o acompañante) 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 del cuidador y/o del paciente al adecuado lavado de manos con la frecuencia necesaria en cada una de las actividades que implique la asistencia a la atención ambulatoria en nuestras sedes.
* No uso o uso inadecuado de elementos de protección personal por parte del paciente y/o de su cuidador (acudiente o acompañante) durante el transporte hacia y desde cualquiera de nuestras sedes.
* Infección cruzada por proximidad o contacto con otros pacientes contagiados sin evidencia clínica 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 asistir a la atención presencial. Dicho nexo o contacto epidemiológico puede ocurrir en la calle, en el transporte público e incluso en cualquiera de nuestras sedes 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.
1. **PRESENTACIÓN DE ENFERMEDAD POR SARS COV-2-COVID-19 GRAVE O CRÍTICA**

Algunos pacientes que son contagiados con SARS CoV-2 - COVID-19, pueden presentar una modalidad grave o crítica de la enfermedad. El paciente o su cuidador (acudiente o acompañante) pueden adquirir la enfermedad durante las actividades de traslado o durante su presencia en cualquiera de nuestras sedes a pesar de que el Instituto cuenta con todas las medidas de protección para minimizar el riesgo de contagio durante la atención y, en ese caso, podría 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 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 su 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; se identificarán los procedimientos 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)).
* Doy mi consentimiento para que mi hijo(a), o yo mismo, seamos atendidos bajo la modalidad de atención ambulatoria por el Instituto Roosevelt en cualquiera de sus sedes**,** exonerándolo de cualquier responsabilidad por un potencial contagio 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 el uso de la opción de atención ambulatoria presencial en las sedes del Instituto Roosevelt y que conozco la alternativa de Telemedicina para la atención virtual que tiene el instituto en la mayoría de sus servicios ambulatorios

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 recibí una explicación clara y completa por lo tanto declaro que he leído y 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**Persona que realiza consentimiento informado** |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Firma** |  | **Firma** |