**CONSENTIMIENTO INFORMADO VERBAL PARA LA CONFIRMACIÓN DE ATENCIÓN EN CIRUGÍA PROGRAMADA**

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

Versión 2. Mayo de 2020

La cirugía programada a la que usted (o su hijo(a)) asistirá en nuestra Institución ha sido ha sido programada y será realizada teniendo en cuenta altos estándares de seguridad para usted y el personal de salud. Sin embargo, dado que nos encontramos en fase de mitigación de la epidemia actual por SARS CoV-2, sabemos que la asistencia a nuestra institución, y el procedimiento en si mismo, implican algunos riesgos para el paciente y su cuidador, como:

1. **RIESGO DE CONTAGIO O INFECCIÓN POR SARS CoV-2-COVID-19,**
2. **PRESENTACIÓN DE ENFERMEDAD POR SARS COV-2-COVID-19 GRAVE O CRÍTICA**

**O**

1. **DETERIORO DEL ESTADO CLÍNICO PREVIO AL PROCEDIMIENTO EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR SARS COV-2-COVID-19**

Esto pudiendo ocurrir durante en transporte hacia y desde nuestra sede principal, durante su permanencia en nuestra institución, o durante el procedimiento quirúrgico, 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.

¿Usted entiende este riesgo y aún así decide aceptar la realización de la cirugía que tiene programada?

Acepta / Declina

**Recuerde lo siguiente:**

* El paciente deberá ingresar al Instituto con UN SOLO ACOMPAÑANTE. No se permitirá el ingreso de acompañantes adicionales.
* Ni el paciente ni el acompañante deben tener síntomas respiratorios en el momento de la asistencia a la atención. Si el paciente o su acompañante presentan síntomas respiratorios, comuníquese con el call center para reprogramar la cita.
* Deben traer consigo, tanto el paciente como su acompañante, una mascarilla convencional, y deben tenerla puesta durante todo el tiempo que permanezcan en el Instituto.
* Evite la asistencia de acompañantes de grupos de riesgo: Personas mayores de 60 años y/o con enfermedades cardiovasculares, enfermedades que comprometan el sistema inmunológico, cáncer, VIH, gestantes y enfermedades respiratorias crónicas.

Registre en la reserva de la cita que realizó el tamizaje (véase documento relacionado) y que explicó al paciente los riesgos derivados de la asistencia a la actividad ambulatoria presencial. Registre la aceptación o declinación del paciente en el formato de tamizaje. En caso de que el paciente decline asegúrese de evaluación del caso por parte del médico tratante para ofrecer alternativas de atención para el paciente de acuerdo con cada caso particular.

**Nombre de quien realiza el consentimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**