

Consentimiento Informado ante la Pandemia de SARS-CoV-2 (Covid-19)

Fecha: _____

Centro Hospitalario: _____

Nombre completo del Paciente: _____

Nombre completo familiar o representante legal: _____

Identificación: _____

La infección por SARS- CoV-2 (Covid -19) es considerada una emergencia de salud pública que requiere de acciones inmediatas.

Por la sintomatología que usted presenta puede ser considerado como paciente sospechoso de tener la enfermedad o bien portador de la misma *con o sin la prueba* de laboratorio dado que la prueba puede dar un resultado “falso negativo”

La infección por Covid-19 se presenta con la siguiente incidencia:

1-3 % Infección Asintomática

80%. Infección Leve

13-16% Enfermedad Grave: dificultad para respirar, respiración acelerada, baja oxigenación radiografía de tórax anormal

6% Enfermedad Crítica: Insuficiencia respiratoria, infección generalizada y estado de choque

1-3% Casos mortales

Los pacientes de 60 años o mayores tienen mayor riesgo de presentar la forma grave de la enfermedad, así como las personas de cualquier edad que tengan los siguientes padecimientos: diabetes, hipertensión arterial, insuficiencia renal, alguna enfermedad cardíaca, cáncer o algún otro padecimiento que comprometa su inmunidad (como lupus eritematoso, artritis), entre otros.

Manifiesto que he respondido con veracidad sobre el estado previo de mi salud.

He recibido información en relación que hasta la fecha no existe un tratamiento curativo para Covid-19, sin embargo, se me otorgará el tratamiento que hasta el momento ha mostrado la posibilidad de contener la progresión de la enfermedad, pudiendo ser modificado o incrementado acorde a la evolución que presente.

Se me informa que en todo momento recibiré atención y tratamiento y en caso de que presente evolución desfavorable y no responda al tratamiento otorgado, se continuará mi atención recibiendo el manejo necesario para evitar el dolor o sufrimiento innecesarios, con especial cuidado en otorgarme siempre *el mayor beneficio y el respeto a la dignidad de mi persona.*

Se me ha explicado la probabilidad de sufrir complicaciones graves, incluso hasta la muerte.

Confirmando que he recibido respuestas satisfactorias a las preguntas relacionadas a la enfermedad

Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mi de manera voluntaria y sin ninguna presión o inducción de persona alguna.

Manifiesto que deslindo de toda responsabilidad civil, penal o administrativa a los Profesionales de la Salud (médicos, enfermeras u otro personal) que intervengan en mi tratamiento integral.

Firma del paciente

Huella del paciente

**Nombre y firma del Médico
Tratante**

Cédula Profesional

En caso de incapacidad o incompetencia del Paciente:

Nombre y firma del familiar o representante legal:

Nombre y firma de un testigo

Nombre y firma de un testigo