

Consentimiento Informado en los menores de edad ante la Pandemia de SARS-CoV-2 (Covid-19)

Fecha: _____

Centro Hospitalario: _____

Nombre completo del Paciente: _____

Edad: _____

Nombre completo del padre-madre o el representante legal:

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

El riesgo de los niños a contraer una forma grave de la enfermedad parece ser bajo. Hasta ahora, la mayoría de los casos de Covid-19 han afectado a adultos. Los niños que contraen esta infección parecen tener síntomas más leves que los adultos y que las personas de la tercera edad, sin embargo, el riesgo aumenta si el (la) menor presenta una enfermedad oncológica, insuficiencia renal o algún otro padecimiento que comprometa su inmunidad (como lupus eritematoso, artritis), entre otros

La enfermedad por COVID-19 aún se encuentra en estudio por lo que no disponemos de toda la información.

Por la sintomatología que su hijo(a) presenta puede ser considerado como paciente sospechoso de tener la enfermedad o bien, portador de esta *con o sin la prueba* de laboratorio dado que la prueba puede dar un resultado “falso negativo”

Manifiesto que he respondido con veracidad sobre el estado previo de la salud de mi hijo(a).

He recibido información en relación que hasta la fecha no existe un tratamiento curativo para Covid-19, sin embargo, se le otorgará a m hijo(a) 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 mi hijo(a) recibirá atención y tratamiento y en caso de que presente evolución desfavorable y no responda al tratamiento

otorgado, se continuará la atención recibiendo el manejo necesario para evitar el dolor o sufrimiento innecesarios, con especial cuidado en otorgar siempre el *mayor beneficio y el respeto a la dignidad de mi hijo(a).*

Se me ha explicado la probabilidad de que mi hijo(a) sufra complicaciones graves, incluso hasta la muerte.

Confirmando que he recibido información precisa y respuestas satisfactorias a las preguntas relacionadas a la enfermedad, tratamiento y área de confinamiento de mi hijo(a).

Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí 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 el tratamiento integral de mi hijo(a)

Nombre completo y firma de la madre, padre o representante legal del paciente

Identificación: _____

Nombre y firma del Médico Tratante

Cédula Profesional

Nombre y firma de un testigo

Nombre y firma de un testigo