



CONSENTIMIENTO INFORMADO COVID-19

Ley 26.529, Ley 26.742, Decreto 1089/2012
Artículos 58 y 59, CC y CN.

He sido informada/o que la institución en la que me realizaré la intervención quirúrgica y los profesionales de salud que prestan servicio en la misma, han tomado todas las precauciones de bioseguridad dispuestas por las autoridades sanitarias nacionales, provinciales y municipales. Han extremado todas las medidas de limpieza en espacios físicos de internación y cirugía, incluyendo equipos médicos, insumos y mobiliario. Los profesionales, técnicos y empleados administrativos utilizan equipos de protección personal aconsejados por autoridades de salud.

He sido informada/o que debo concurrir a la institución respetando todas las normas de bioseguridad recomendada: guardar la distancia interpersonal de 1,5 metros; utilización de barbijo hasta mi internación; utilización de alcohol en gel o lavado minucioso de manos antes del ingreso al centro de salud; respeto estricto de horario de internación.

Soy consciente que a pesar de estas rigurosas precauciones, no se puede asegurar con certeza que no existe la posibilidad de contagio. Conozco las complicaciones de este procedimiento, y comprendo que las mismas pueden agravarse si concurro infectado o si me contagio de COVID-19 durante mi estancia en la institución, pudiendo las mismas ser potencialmente graves y complejas, e incluso mortales para mí o para las personas que se pudieren contagiar.

Declaro NO haber realizado viajes al exterior en los últimos 14 días, como así tampoco haber estado en contacto con personas que hayan viajado al exterior recientemente y/o que hayan presentado síntomas como fiebre, dolor de garganta, dificultad respiratoria, dolor abdominal, diarrea, conjuntivitis, alteraciones del gusto y/o del olfato en el mismo período de tiempo.

Declaro no venir de una región o provincia que presente circulación viral, y si no fuera así, declaro haber hecho la cuarentena en forma responsable y que en los últimos 14 días no he presentado síntomas como fiebre (superior a 37.5°), dolor de garganta, dificultad respiratoria, dolor abdominal, diarrea, conjuntivitis, alteraciones del gusto y/o del olfato en el mismo período de tiempo.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecha/o con la información recibida y comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento y la posibilidad de enfermarse de COVID 19 dentro de la institución. Y en tales condiciones doy mi consentimiento para que se me realice la intervención quirúrgica

Firma del Paciente (o representante legal cuando corresponda):

.....

Aclaración de la firma:

.....

Documento de Identidad:

.....

Firma y sello del médico:

.....