

PANDEMIA COVID-19 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este documento complementa el Consentimiento Informado correspondiente al Acto Clínico o Procedimiento Endoscópico Digestivo invasivo, requerido para resolver el motivo de consulta

Yo
(nombre del paciente) entiendo que estoy optando por un Procedimiento Endoscópico Digestivo electivo que no es urgente y que se me ha explicado, he entendido de qué se trata y del cual se me ha entregado el detalle por escrito previamente.

También entiendo que el nuevo coronavirus, COVID-19, ha sido declarado una pandemia mundial por la Organización Mundial de la Salud. Entiendo además que COVID-19 es extremadamente contagioso y se cree que se propaga por contacto de persona a persona; y que, como resultado de esto, las autoridades nacionales y provinciales recomiendan el distanciamiento social. Reconozco que el Dr/Dra. _____ y todo el personal del Centro de Enfermedades Digestivas SRL están vigilando de cerca esta situación y han puesto en práctica medidas preventivas razonables destinadas a reducir la propagación de COVID-19. Sin embargo, dada la naturaleza del virus, entiendo que existe un riesgo inherente de infectarse con COVID-19 al realizar este Procedimiento. Por la presente reconozco y asumo el riesgo de contraer la infección por COVID-19 a través de este Procedimiento Endoscópico Digestivo electivo.

Entiendo que, aunque me hayan hecho la prueba del COVID y haya recibido un resultado negativo, las pruebas en algunos casos pueden no detectar el virus o puedo haber contraído el COVID después de la prueba. Comprendo a su vez que si tengo una infección por COVID-19, e incluso si no tengo ningún síntoma de la misma, la realización de este Procedimiento Endoscópico Digestivo electivo puede llevar a una mayor probabilidad de complicación y muerte.

Entiendo que la posible exposición a COVID-19 antes/durante/después del Procedimiento Endoscópico Digestivo puede dar lugar a lo siguiente: un diagnóstico positivo de COVID-19, cuarentena prolongada/autoaislamiento, pruebas adicionales, hospitalización que puede requerir terapia médica, tratamiento de cuidados intensivos, posible necesidad de intubación/apoyo con ventilador, intubación a corto o largo plazo, otras complicaciones potenciales y el riesgo de muerte.

Entiendo que COVID-19 puede causar riesgos adicionales, algunos o muchos de los cuales pueden ser desconocidos en este momento, además de los riesgos descritos en este documento, así como los riesgos para el Procedimiento Endoscópico Digestivo en sí.

Se me ha dado la opción de aplazar mi Procedimiento Endoscópico Digestivo a una fecha posterior. Sin embargo, entiendo todos los riesgos potenciales, incluyendo, pero no limitándose a las posibles complicaciones a corto y largo plazo relacionadas con COVID-19, y manifiesto mi deseo de que se me realice el Procedimiento Endoscópico Digestivo indicado.

CONSENTIMIENTO

Yo, _____ doy mi consentimiento para que me realicen un Procedimiento Endoscópico Digestivo invasivo o quirúrgico durante la pandemia COVID-19

Además de la información brindada sobre el Procedimiento Endoscópico Digestivo a realizar, consistente en: _____, se me ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado del Procedimiento Endoscópico Digestivo y los riesgos inherentes al mismo, y declaro estar debidamente informado/a según lo disponen los artículos 5 y concordantes de la Ley 26.529 de Derechos del Paciente en materia de Información, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el Dr./Dra: _____

Asimismo, he recibido respuesta a todas mis preguntas, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria.

General Roca, _____ de _____ de 2020.

PACIENTE: _____ **MÉDICO/A:** _____

D.N.I.: _____ N° Matrícula: _____

Firma: _____ Firma: _____

REPRESENTANTE LEGAL: *(Para el caso de necesidad de Representante Legal)*

D.N.I.: _____ Firma: _____

DENEGACIÓN O REVOCACIÓN

Yo, _____ después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del Procedimiento Endoscópico Digestivo propuesto, y en contra de la opinión médica del profesional tratante, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación/ revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

General Roca, _____ de _____ de 2020

PACIENTE: _____ **MÉDICO/A:** _____

DNI: _____ N° Matrícula: _____

Firma: _____ Firma: _____