



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA Y OTRAS CONSULTAS EMERGENCIA SANITARIA COVID - 19

TIPO DE DOCUMENTO: FORMATO	CÓDIGO: GCE-PRO1-FOR29	FECHA: 12 06 2020
PROCESO: GESTIÓN DE CONSULTA EXTERNA	VERSIÓN: 1	PÁGINA: 1 DE 1

FECHA Día _____ Mes _____ Año _____ Ciudad _____

Yo _____, con identificación CC ____ CE ____ Otra _____
cual _____ N° _____ de _____, por medio del presente
documento manifiesto:

1. Que de manera detallada se me ha suministrado información completa, suficiente, con un lenguaje sencillo y claro.
2. Que se me ha explicado la naturaleza de la enfermedad, acerca del significado de caso sospechoso o confirmado del coronavirus COVID-19. Adicionalmente he recibido información en cuanto a su presentación clínica, síntomas, modo de contagio, medidas para evitar o mitigar el riesgo de contagio, posibilidad de sufrir la enfermedad, complicaciones o muerte.
3. Que de manera detallada se me ha explicado con claridad que a pesar de que la prueba SARS CoV2 sea negativa, existe la posibilidad de falsos negativos o de una contaminación multivectorial.
4. Que se me ha explicado con claridad que, en el marco de la declaratoria de emergencia sanitaria decretada por el gobierno nacional, y dado que nos encontramos en fase de mitigación y control de la emergencia sanitaria por COVID-19 en Colombia, existe un riesgo potencial de contagio por COVID-19 cada vez que suspenda el aislamiento preventivo, durante el desplazamiento o en la estancia en salas de espera, salas de cirugía y/o realización de procedimientos aun cuando se tomen todas las medidas para mitigar el riesgo de transmisión.
5. Que se me han explicado con claridad las medidas que se han tomado desde Ministerio de Salud y Protección Social para mitigar el riesgo de transmisión durante los desplazamientos y en la permanencia dentro de salas de espera y salas de cirugía, dentro las cuales encuentran, sin limitarse a ellas, mantener el distanciamiento social, el uso permanente de tapabocas y el lavado frecuente de las manos.
6. Que entiendo y reconozco la importancia de conservar las medidas de autoprotección que me han sido explicadas, y que el riesgo se aumenta considerablemente en caso de no cumplirlas.
7. Que reconozco el derecho y el deber del profesional de la salud o de la institución de suspender, aplazar o cancelar el procedimiento en caso de incumplir por mi parte con las medidas de autoprotección que me han sido previa y claramente explicadas, dada la necesidad de mitigar la propagación del virus en el país.

Que tras haberse cumplido lo anterior, doy mi consentimiento para asistir a la realización del procedimiento quirúrgico y/o procedimiento y/o consulta presencial, y manifiesto expresamente mi compromiso de acatar y hacer acatar a mi acompañante, durante los desplazamientos a la IPS y/o consultorio, la permanencia en salas de espera de la IPS, en el consultorio y en la estancia en salas de cirugía, según corresponda, las medidas de autoprotección para mitigar el riesgo de contagio que me han sido previamente explicadas, y respecto de las cuales he podido realizar las preguntas que consideré pertinentes para aclarar las dudas.

Certifico que el contenido de este consentimiento me ha sido explicado en su totalidad, que lo he leído o me lo han leído y que entiendo perfectamente su contenido.

NOMBRE(S) Y APELLIDO(S) DEL PACIENTE

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR,
O REPRESENTANTE LEGAL O TESTIGO

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

FIRMA

COPIA NO CONTROLADA