



CONSENTIMIENTO INFORMADO SOBRE RIESGO DE CONTAGIO DE COVID-19

A-TIC-HC-MA-001-PR-003-FO-013 VI 10-08-2021

Fecha: ____ de ____ del ____ en la ciudad de Bogotá.

Yo _____, identificado con CC____ CE____
No_____ en pleno uso de mis facultades mentales, actuando en nombre
propio_____ o en representación de
_____ (nombre del paciente) y con el fin de recibir el
tratamiento/procedimiento _____

MANIFIESTO:

I. Que en forma LIBRE Y VOLUNTARIA contesto el cuestionario que se plantea a continuación, siendo informado de la necesidad de dar respuesta precisa y veraz a cada uno de los interrogantes, por ser de vital importancia para definir en plan de manejo y las medidas a adoptar para la protección de paciente, el personal de la salud y la comunidad en general:

Definición contacto estrecho: No uso de elementos de protección personal (tapabocas) por un tiempo mayor a 15 min y a una distancia menor a un metro

A. DURANTE LAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS:

1. ¿Usted, alguien con quien convive o con quien ha sostenido contacto estrecho ha presentado fiebre de 38°C o más? SI__ NO__

2. ¿Usted, alguien con quien convive o con quien ha sostenido contacto estrecho ha presentado tos seca?
SI__ NO__

3. ¿Usted, alguien con quien convive o con quien ha sostenido contacto estrecho ha presentado dificultad respiratoria?
SI__ NO__

4. Usted sospecha que puede tener COVID-19. SI__ NO__

5. Usted ha tenido COVID. SI__ NO__ fecha de diagnóstico _____

6. Ha sido vacunado SI__ NO__. Tipo de vacuna _____
1ra dosis_____ 2da dosis_____ 3ra dosis _____

7. ¿Usted, alguien con quien convive o con quien ha sostenido contacto estrecho ha estado en contacto con alguien en quien se esté sospechando infección por COVID-19 o haya sido diagnosticado con esta enfermedad? SI__ NO__

8. ¿Usted, alguien con quien convive o con quien ha sostenido contacto estrecho ha estado fuera del país o en contacto con viajeros provenientes del exterior? SI__ NO__

9. ¿Usted, alguien con quien convive o con quien ha sostenido contacto estrecho ha presentado síntomas del olfato o del gusto? SI__ NO__

10. Se ha realizado prueba para COVID-19 en las últimas 2 semanas SI__ NO__ Fecha: _____
Explique la razón. _____



CONSENTIMIENTO INFORMADO SOBRE RIESGO DE CONTAGIO DE COVID-19

A-TIC-HC-MA-001-PR-003-FO-013 VI 10-08-2021

B. ¿USTED PERTENECE A ALGÚN GRUPO DE RIESGO?

1. ¿Es mayor de 65 años? SI___ NO___
2. ¿Vive en un sitio especializado para personas de la tercera edad? SI___ NO___
3. ¿Tiene alteraciones del sistema inmune? SI___ NO___
4. ¿Tiene alguna enfermedad pulmonar crónica (asma, EPOC, etc.)? SI___ NO___
5. ¿Tiene hipertensión arterial o enfermedades del corazón? SI___ NO___
6. ¿Tiene obesidad? SI___ NO___
7. ¿Tiene problemas de azúcar (diabetes)? SI___ NO___
8. ¿Tiene alguna enfermedad renal o hepática? SI___ NO___
9. ¿Se encuentra en embarazo? SI___ NO___ NO APLICA ___

II. Que el profesional de la salud me ha explicado que, además de los riesgos propios de la atención que se realizara, en consideración a la pandemia mundial derivada del SARS-CoV-2 (COVID-19), actualmente todo procedimiento genera un riesgo de contagio de esta enfermedad, independientemente de que la IPS implemente, como lo ha venido realizando, todos los protocolos de bioseguridad en las diferentes áreas y la adecuada utilización de los elementos de protección personal por parte del personal de salud, atendiendo los lineamientos que han dispuesto las autoridades competentes.

III. Que se me ha explicado la naturaleza de la COVID-19, su sintomatología, modo de contagio, medidas para contenerla y sus complicaciones, frente a lo cual he podido hacer las preguntas relacionadas con la misma, frente a las cuales me han dado respuesta en forma clara y satisfactoria.

IV. Que me comprometo a seguir de manera estricta las instrucciones y recomendaciones que me han sido brindadas para prevenir el riesgo de contagio de la COVID-19, relacionadas, entre otras, con las medidas de distanciamiento social, lavado de manos y uso de elementos de protección personal que me fueron indicados por el personal de salud.

V. Manifiesto que soy conocedor de las actuales restricciones para la realización de algunos procedimientos por la alta ocupación de unidades de cuidado intensivo, por lo que he sido informado de la posibilidad de reprogramar el procedimiento, sin embargo dada mi situación actual de salud, he decidido que el procedimiento se realice en este momento de pandemia de Covid-19 y me comprometo a seguir las recomendaciones dadas por el equipo de salud de Cecimin antes, durante y después del procedimiento.

Dejo constancia, con mi firma, que la información que he brindado corresponde a la realidad, que he comprendido la información que me ha sido suministrada, que he leído y estoy de acuerdo con los términos de este documento y que al suscribirlo estoy dando mi consentimiento y asumiendo los riesgos, deberes y responsabilidades que me han sido explicados.

Firma del paciente o de la persona responsable _____

N de documento _____ de _____

Parentesco: _____

*En caso de firma de persona distinta la paciente.

Nombre del profesional de la salud de _____



CONSENTIMIENTO INFORMADO SOBRE RIESGO DE CONTAGIO DE COVID-19

A-TIC-HC-MA-001-PR-003-FO-013 V1 10-08-2021

Firma del profesional de la salud de _____

CC: _____ Registro No.: _____

Cargo: _____