



**CONSENTIMIENTO DE INTERNACION CON AISLAMIENTO INSTITUCIONAL PARA PACIENTES
CONSIDERADOS CASOS SOSPECHOSOS DE COVID 19 (CORONAVIRUS).**

Buenos Aires. de de 2020.-

Yo,, DNI N°, domicilio, de constancia que he sido ampliamente informado por el profesional que me asistió en la consulta que, dada mi condición actual, quedo comprendido en el grupo de pacientes considerados “caso sospechoso” de COVID 19 Coronavirus. -----

De acuerdo al Protocolo vigente emitido por el Ministerio de Salud de la Nación, me deben tomar una muestra para analizar la presencia del virus y, hasta que se reciba el resultado, debo permanecer en aislamiento institucional hasta tener el resultado de la muestra-----

Si el resultado del análisis es positivo, se confirmará el diagnóstico de infección por COVID 19 y, de acuerdo a la normativa vigente, deberé permanecer internado hasta que los controles posteriores lo determinen. -----

La mencionada normativa es dinámica, y los profesionales que me asisten me irán informando las modificaciones y actuando en consecuencia. -----

Se me ha explicado, y he comprendido que, por el momento, EL AISLAMIENTO NO ES OPTATIVO, y que en caso de yo rechazarlo, los profesionales deberán realizar la denuncia policial y por ante las Autoridades competentes, por constituir mi conducta un riesgo para la Salud Pública, una violación al Artículo 7° del DNU 260/2020 y la eventual comisión del delito previsto por el Artículo 205 del Código Penal de la Nación en cuanto establece que Será reprimido con prisión de seis meses a dos años, el que violare las medidas adoptadas por las autoridades competentes, para impedir la introducción o propagación de una epidemia.-----

Por tanto en virtud de las explicaciones brindadas, ACEPTO PERMANECER EN LA INSTITUCIÓN, EN LAS CONDICIONES DE AISLAMIENTO DISPUESTO POR LA NORMATIVA VIGENTE, ENTENDIENDO QUE TAL CIRCUNSTANCIA IMPLICA ASIMISMO LA AUSENCIA DE VISITAS DURANTE EL PERIODO DE INTERNACION Y HASTA EL ALTA MEDICA EFECTIVA, COMO ASI TAMPOCO LA PRESENCIA DE ACOMPAÑANTE ALGUNO EN EL MARCO DEL AISLAMIENTO DISPUESTO. POR OTRA PARTE AUTORIZO MI TRASLADO PARA ESTUDIOS DE MAYOR COMPLEJIDAD QUE RESULTAREN NECESARIOS, HABIENDO SIDO PUESTO EN CONOCIMIENTO QUE TALES TRASLADOS SE REALIZARAN SIN ACOMPAÑAMIENTO POR PARTE DE MIS FAMILIARES. -----

Firma del paciente:

Firma del médico.

DNI

Firma del familiar responsable:

DNI:

Vínculo:

En el caso de tratarse de población vulnerable se requerirá asimismo la firma de un testigo