**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZACIÓN DE EXAMENES DE LABORATORIO PARA COVID 19 (Coronavirus)**

**NOMBRE DEL PACIENTE:** «=patient.name»

**CÉDULA DE IDENTIDAD:** «=patient.identity\_card\_number»

**EDAD:** «=patient.age.years» años «=patient.age.months» meses

**HISTORIA CLÍNICA:** «=patient.medical\_history»

**FECHA DE CIRUGÍA:**

**FECHA DE FIRMA DE CONSENTIMIENTO:** «=current\_date»

Autorizo al médico: «=doctor.pretty\_name» para que a través del laboratorio que escoja y con el personal que estime conveniente tome las muestras y realice las pruebas necesarias para establecer si estoy cursando o no la enfermedad COVID 19; y/o si soy portador/a de coronavirus. Una vez con los resultados, realizarán o no el procedimiento quirúrgico y anestésico que ya los tengo autorizados.

Se me ha expuesto en forma clara y precisa, con un leguaje accesible, los riesgos de someterme al procedimiento quirúrgico y anestésico; y, que los riesgos propios de la cirugía y anestesia se ven incrementados por la posibilidad de padecer de manera silenciosa o manifiesta la enfermedad denominada COVID 19. Asumo dichos riesgos, dado que a pesar de que me someta a todas las pruebas para la determinación de la enfermedad COVID 19, ninguna es infalible y por lo mismo, si sufro una complicación por la presencia del denominado coronavirus en mi organismo deslindo de responsabilidad a los profesionales de la salud, así como a la institución que me brindan la atención médica.

El profesional médico, me ha explicado en forma sencilla y fácil de entender que la cirugía y el tratamiento ofrecido es de medios y no de resultado, más todavía al conocer que existe un contingente aleatorio que depende de mí individual biología y que la ciencia médica y el galeno no pueden modificar.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ……………………………………  CI: «=patient.identity\_card\_number»  **Paciente** | ……………………………………  CI.: «=doctor.registration\_acess»  **Médico** | ……………………………………  CI: ……………………………….  **Testigo** |