

	CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ATENCION PANDEMIA COVID-19	Código: FT-02-053
		Versión: 001
		Fecha: ABRIL 2020

FECHA: Día _____ Mes _____ Año _____ Ciudad _____

PACIENTE _____ HC No. _____

Tipo de identificación CC __ CE__ TI __ Otro__ N° _____

Yo, _____ con identificación CC __ CE__ N° _____ de _____, actuando en calidad de paciente del Dr. _____, por medio del presente documento manifiesto:

1. CUMPLIMIENTO LEY 23 DE 1981 (ARTS 15 Y 16)

La practica medica, anestésica y las ayudas diagnosticas y procedimientos terapéuticos, con o sin toma de biopsia, no son ciencias exactas. Igualmente se conoce que todo procedimiento medico, sea de carácter diagnostico o terapéutico implica eventuales riesgos, complicaciones y eventos colaterales y adversos (riesgos previstos e imprevistos) como en cualquier actividad de la vida diaria. La probabilidad de que ocurra uno de estos eventos adversos depende de la condición medica previa del paciente (que en algunas ocasiones se puede conocer en otras no), de la naturaleza del procedimiento y de las técnicas usadas. Estos efectos adversos colaterales pueden presentarse en la sala de procedimientos, en la unidad de recuperación , o en la casa horas o días después.

2. CONSIDERACIONES

Teniendo en cuenta la situación en que se encuentra nuestro país. Dando continuidad a la prestación de los servicios de Salud del consultorio de Oftalmologia del Dr. _____ a la población que debe ser atendida por este, se realiza el siguiente consentimiento informado para la atención prioritaria o urgente en sala de cirugía y de consulta externa advirtiéndole que:

Todo paciente a quien se le realizan actos quirúrgicos durante estas fechas han sido informados y se les ha advertido de los posibles riesgos de contagio en caso de asistir a dichos procedimientos.

Se les informa que la edad es un factor de riesgo potencial de adquirir la enfermedad y podría conllevar a complicaciones mayores hasta la muerte

Se les advierte que en caso de tener síntomas como tos , fiebre mayor de 38 grados centígrados , dolor de cabeza , dificultad para respirar, **NO** deben asistir al procedimiento programado.

Se les advierte que en caso de tener síntomas o signos oculares como conjuntivitis , ojo rojo , secreción , escozor, fotofobia **NO** deben asistir al procedimiento programado.

	CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ATENCION PANDEMIA COVID-19	Código: FT-02-053
		Versión: 001
		Fecha: ABRIL 2020

Se les pregunta y advierte que si han tenido contacto con personas diagnosticadas o sospechosas de COVID-19, **NO** deben asistir al procedimiento programado.

Se les pregunta y advierte que si han tenido contacto con personas extranjeras o nacionales que hayan estado en el exterior en los últimos 14 días, **NO** deben asistir a la cirugía programada.

Se les solicita ir con un solo acompañante el cual debe esperar en la sala de espera externa a cirugía y deben permanecer después del procedimiento el menor tiempo posible dentro de la clínica.

Todos los pacientes entraran a sala de cirugía con mascarilla. Se lavaran las manos antes y después del procedimiento.

Se les pide y advierte no tocar superficies o tocar la menor cantidad de superficies posible.

Todas las “revisiones “ postoperatorias se realizaran por vía telefónica o audiovisual y se programaran de nuevo los procedimientos requeridos para cada paciente tratando de seguir el protocolo establecido según el caso.

El paciente y acompañante firman y aceptan que han sido informados y que asisten por voluntad propia y conocen los riesgos a los que se someten durante la pandemia por COVID-19.

Firma del Paciente
HUELLA
C.C _____

HUELLA Testigo ó Representante Legal
C.C _____

Firma del Medico
RM