

Fecha y Hora

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍAS ELECTIVAS EN EL MARCO DE LA PANDEMIA POR COVID-19

Yo _____ cédula de identidad N° _____ en mi propio nombre y/o en representación de _____ cédula de identidad N° _____ mediante el presente instrumento, declaro libre y voluntariamente, y en pleno uso de mis facultades que:

- A** Se me ha proporcionado información completa, clara, oportuna y suficiente en relación a la patología o condición médica que presento y por la que he consultado, así como el balance entre los beneficios y los riesgos de la cirugía y/o procedimiento indicado por mi médico tratante y al que he decidido someterme libremente.
- B** Que la cirugía y/o procedimiento al que he decidido someterme libremente, corresponde a una cirugía y/o procedimiento electivo (no de urgencia) en el contexto de la Pandemia actual por Covid-19.
- C** He sido clara y suficientemente informado(a) acerca del alto riesgo de transmisión y contagio que caracteriza al virus Covid-19, considerando el comportamiento que éste ha presentado y teniendo en cuenta especialmente que el tiempo entre exposición al virus y la aparición de los primeros síntomas es bastante extenso, y durante el mismo sus portadores pueden estar asintomáticos y aun así ser altamente contagiosos. Que, en virtud de lo anterior, no es posible asegurar un riesgo nulo de transmisión o contagio del referido virus, aun cuando se cumplan todos los protocolos de prevención, seguridad e higiene establecidos en Clínica Bupa Antofagasta, conforme a las recomendaciones y medidas indicadas por la autoridad sanitaria.
- D** Estoy en conocimiento y entiendo que no se recomienda la realización de cirugías y/o procedimientos electivos para pacientes que han presentado durante los últimos catorce días, o presenten síntomas y/o signos tales como Fiebre (Temperatura mayor a 37.8 Celsius axilar), Síntomas respiratorios, Dolor muscular, Tos, Dolor torácico, Diarrea, Dificultad para respirar, Alteración del gusto o el olfato u otros probablemente relacionados al virus que produce Covid-19 y/o que hayan estado en contacto o cercanía con personas que presenten dichos síntomas y/o que hayan resultado confirmados para Covid-19. Que, en consecuencia, declaro que durante los últimos catorce días y hasta la fecha, no he presentado ninguno de los síntomas indicados previamente, y no he estado voluntariamente en contacto o cercanía con alguna persona que haya presentado dichos síntomas y/o se le haya confirmado diagnóstico de Covid-19.
- E** Que he sido clara y suficientemente informado(a) acerca de las posibles condiciones y complicaciones que puede generar en la salud de un paciente, el contagio por Covid-19.
- F** Que, sin perjuicio de todo lo señalado, y entendiéndolo todas las indicaciones y riesgos existentes dada la situación actual de Pandemia por Covid-19, consiento libremente en que se me practique la cirugía y/o procedimiento propuesto para mi condición o patología.

Nombre completo médico tratante

R.U.T médico tratante

Nombre completo paciente o representante legal

R.U.T paciente o representante legal

Firma médico tratante

Firma paciente o representante legal