

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO COMPLEMENTARIO EN RELACION CON LA ENFERMEDAD COVID-19 PRODUCIDA POR CORONAVIRUS**

<b>NOMBRES:</b>		<b>APELLIDOS:</b>	
<b>NUMERO DE DOCUMENTO:</b>		<b>TIPO DOCUMENTO:</b>	
<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>	<b>SEXO:</b>	<b>EDAD:</b>	
<b>CIUDAD PROCEDENCIA:</b>		<b>ORDEN O REMISION:</b>	
<b>DIRECCION:</b>			<b>CIUDAD:</b>
<b>CORREO ELECTRONICO:</b>	<b>TEL FIJO:</b>	<b>CELULAR:</b>	
<b>REGIMEN:</b>	<b>EPS:</b>	<b>ENTIDAD:</b>	
<b>TIPO DE PACIENTE:</b>		<b>UBICACIÓN:</b>	
<b>DIAGNOSTICO:</b>			
<i>En caso de que el paciente sea menor de edad, incapaz, se encuentre inconsciente o presente limitaciones para comunicarse, por favor llenar el siguiente espacio.</i>			
Nombres y Apellidos del Paciente: _____ Documento de Identidad No. _____ Tipo Documento: _____			
Nombres y Apellidos del responsable que autoriza el procedimiento que se le va a realizar al menor o incapaz: _____ Identificación No: _____			
_____ Cedula ( ) Cedula de Extranjeria ( ) Pasaporte ( ) Parentesco: _____			

**DECLARACIÓN VOLUNTARIA DEL PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE Y QUIEN AUTORIZA LA PRACTICA DEL PROCEDIMIENTO ENDOSCOPICO**

1. Me han explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a practicar un procedimiento como ayuda diagnóstica y/o terapéutica de mi patología digestiva, mediante la realización de: \_\_\_\_\_
2. He sido informado que el documento de CONSENTIMIENTO INFORMADO en papel, que se me entregó y traigo firmado desde mi domicilio, podría incumplir las medidas de control, prevención y transmisión de la enfermedad por Coronavirus, idéntico al que ya había firmado, el cual firmo de nuevo, mediante el uso de guantes desechables que se me han ofrecido y un bolígrafo que ha sido desinfectado con solución hidro alcohólica.
3. El médico y/o personal de salud me han indicado que, en mi caso, se adoptarán medidas de aislamiento y prevención del contagio, que afectan a los materiales y al personal sanitario de este Servicio de Endoscopia. Todo ello con el fin de prevenir la transmisión de la enfermedad entre las personas que intervienen en este procedimiento.
4. El médico y/o personal de salud me han informado que dichas medidas de protección se ajustan a las recomendaciones publicadas por las principales Sociedades y/o Asociaciones Científicas nacionales e internacionales y que, en mi caso concreto se detallan en el siguiente cuadro, pero soy conocedor que no existe, un riesgo cero de la transmisión de la enfermedad

NIVEL 2	Personal sanitario en contacto con un paciente con un <b>riesgo bajo</b> de infección por SARS-CoV-2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gorro</li> <li>• Mascarilla o Respirador N95, FFP2 o similar</li> <li>• Guantes desechables</li> <li>• Bata impermeable</li> <li>• Protector ocular</li> <li>• Cubre zapatos</li> </ul>
NIVEL 3	Personal sanitario en contacto con un paciente con un <b>riesgo alto o confirmado</b> de infección por SARS - CoV - 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gorro</li> <li>• Mascarilla o Respirador N95, FFP2 o similar</li> <li>• Overol impermeable</li> <li>• Doble guantes desechables</li> <li>• Protección ocular</li> <li>• Cubre Zapatos</li> </ul>

5. El médico y/o personal de salud me han informado que la realización de este procedimiento que se me va a practicar como ayuda diagnóstica y/o terapéutica de mi patología digestiva, coincide con un periodo de PANDEMIA por coronavirus y que existe incertidumbre sobre el comportamiento de algunos aspectos clínicos de la enfermedad COVID – 19. Así mismo, el médico y/o personal de salud me ha informado que, en estos momentos, los test para la detección de la enfermedad y el estado de inmunidad frente al coronavirus, puede presentar imprecisión diagnóstica. Con independencia de los análisis que se me puedan realizar, he sido informado que se tomarán las medidas de prevención de la enfermedad COVID – 19 antes detallada.
6. Manifiesto que, con respecto a estas medidas de protección, he recibido explicaciones de forma amplia, suficiente y entendible, tanto por lo que respecta a la situación actual de la infección por Coronavirus, como las medidas de protección. Así mismo, he podido realizar cuantas preguntas o dudas he creído conveniente.

En virtud de lo anterior, firmo el presente documento:

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Numero de cedula

\_\_\_\_\_  
Firma del familiar

\_\_\_\_\_  
Numero de cedula

\_\_\_\_\_  
parentesco

\_\_\_\_\_  
Firma del representante legal

\_\_\_\_\_  
firma y sello del medico