

Fecha de obtención del CI: _____

Diagnóstico: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____ Rut: _____

Paciente (Primer nombre y dos apellidos): _____ Rut: _____

Representante legal (si corresponde): _____ Rut: _____

Estimado Paciente:

Usted tiene indicación de hospitalización y/o cirugía a cargo de su médico/cirujano y es relevante que conozca algunos conceptos importantes relacionados con la situación de circulación de SARS-CoV-2 en nuestro país. Junto con indicarle la hospitalización y/o cirugía, el equipo clínico le preguntó sobre antecedentes clínicos y epidemiológicos que necesitamos los confirme en esta oportunidad:

En las últimas dos semanas,	SI	NO
Ha tenido contacto con alguna persona que tenga infección por coronavirus?		
Ha tenido contacto directo con alguna persona que haya estado en cuarentena preventiva por coronavirus?		
Ha regresado desde el extranjero en los últimos 14 días?		
Ha presentado alguno de los siguientes síntomas los últimos 14 días:		
– Fiebre (37.8°C o más)		
– Tos		
– Disnea (dificultad para respirar)		
– Dolor torácico		
– Odinofagia		
– Mialgias (dolores musculares)		
– Calofríos		
– Cefalea (dolor de cabeza)		
– Diarrea		
– Pérdida brusca del olfato (anosmia) o del gusto (ageusia)		

Le informamos que, a pesar de haber respondido que NO a todas estas preguntas, usted puede estar incubando la enfermedad y que ésta puede manifestarse durante el período post operatorio o de hospitalización. Lo anterior puede ocurrir a pesar de tener un examen de PCR negativo.

En Clínica Ciudad del Mar se han implementado protocolos para disminuir el riesgo de contagio de Covid-19 basados en la mejor evidencia que existe a la fecha, pero ninguna de estas medidas es capaz de reducir a cero el riesgo de contagio. Este es un virus nuevo, sobre el cual todos los días se obtienen más antecedentes científicos. Las medidas sanitarias para evitar su contagio se van perfeccionando a medida que vamos conociendo mejor el comportamiento de esta nueva enfermedad.

Por todo lo anterior, es importante su compromiso a seguir todas las indicaciones realizadas por su equipo tratante durante el pre y post operatorio y posterior a la hospitalización, especialmente en lo relacionado al uso de elementos de protección personal (EPP), la higienización de manos y sobre la restricción de recibir visitas durante todo el tiempo que esté en las dependencias de Clínica Ciudad del Mar.

DECLARACIÓN

Declaro por este acto que no presento síntomas característicos por enfermedad asociada a Covid-19, no obstante comprendo, entiendo y he recibido la información pertinente por parte del personal de salud, que esta condición no garantiza que no pueda estar cursando un periodo de incubación del virus, o ser portador asintomático del mismo, ya que este grupo corresponde a un 70% de los infectados. Debido a lo anteriormente expuesto, comprendo que la evolución de la cirugía o procedimiento al que seré sometido/a puede verse alterado o modificado al presentarse los síntomas de la enfermedad por COVID 19 y que ello puede influir tanto en los tiempos de recuperación, como en la presentación de eventuales complicaciones propias de la enfermedad, hospitalización y del procedimiento quirúrgico al que seré sometido/a.

Declaro que estoy en conocimiento que si durante mi periodo de hospitalización, se presentan síntomas asociados a COVID 19, será necesario que el equipo médico adopte los protocolos vigentes para el tratamiento y manejo de pacientes infectados con dicha enfermedad. Así también, declaro que he sido debidamente informado/a que existe riesgo de contraer la enfermedad durante mi periodo de hospitalización, aun cuando se tomen todas las medidas para minimizarlo.

Declaro que comprendo toda la información que se me ha facilitado, y el equipo de salud me ha aclarado y respondido todas las consultas y dudas que le he planteado. Asimismo, se me ha comunicado que en cualquier momento previo a realización del procedimiento o intervención quirúrgica puedo revocar este adendum al consentimiento, para lo cual deberé solicitar el documento correspondiente.

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal