

Fecha: _____

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, necesitamos que nos confirme la siguiente información:

Síntomas característicos por enfermedad asociada a Covid-19
Usted ha presentado uno o más de los siguientes signos o síntomas que persisten por más de 24 horas:
– Fiebre (37.8°C o más)*
– Pérdida brusca del olfato (anosmia)*
– Pérdida brusca del gusto (ageusia)*
– Tos
– Disnea (dificultad para respirar)
– Dolor torácico
– Odinofagia
– Mialgias (dolores musculares)
– Calofríos
– Cefalea (dolor de cabeza)
– Diarrea
– Tos
Ha tenido contacto con alguna persona que tenga infección por coronavirus?
Ha regresado desde el extranjero en los últimos 14 días?

(*) Síntoma cardinal

Le informamos que, a pesar de NO presentar actualmente ni durante las últimas 2 semanas los síntomas mencionados, 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, antígeno o Test molecular negativo para SARS-CoV-2.

En Centro Médico Bosques 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 según normativa vigente.

DECLARACIÓN

Declaro por este acto que NO presento síntomas característicos por enfermedad asociada a Covid-19, no obstante comprendo y entiendo, 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 período de hospitalización, aun cuando se tomen todas las medidas para minimizarlo.

Declaro que comprendo toda la información que se me ha dispuesto.

Firma Paciente

Firma Representante Legal