

**Por favor diligencie este documento con tinta negra, letra clara y sin tachones o enmendaduras.  
Recuerde: El consentimiento informado es un documento legal**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACOMPAÑANTES DE PACIENTES ATENDIDOS EN EMDIAGNOSTICA SAS DURANTE PANDEMIA COVID 19**

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ con identificación CC \_\_ CE\_ N° \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, actuando en calidad de acompañante del paciente \_\_\_\_\_, por medio del presente documento manifiesto:

Que he sido informado acerca de la necesidad de acompañar al paciente a la atención programada, dado que en la misma se prevé la realización del siguiente procedimiento \_\_\_\_\_

Que por lo anterior se estima indispensable que el paciente asista acompañado a la atención presencial programada para el día \_\_\_\_\_

Que de manera detallada se me ha suministrado información completa, suficiente, con un lenguaje sencillo y claro acerca del significado de caso sospechoso o confirmado del coronavirus COVID-19. Adicionalmente he recibido información en cuanto a su presentación clínica, modo de contagio, medidas para prevenir o mitigar el riesgo de contagio, posibilidad de sufrir la enfermedad, complicaciones o muerte.

Que he podido hacer las preguntas relacionadas con dicha enfermedad y se me han respondido en forma satisfactoria; así mismo se me ha explicado que voy a estar en riesgo de contagiarme durante los desplazamientos al consultorio o durante la permanencia en el mismo, no obstante que se hayan tomado todas las medidas de mitigación del riesgo de contagio recomendadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Se me solicitó realizar la declaración de mi estado de salud y riesgo de infección por Coronavirus que he llenado como sigue:

1- Padece alguna enfermedad pulmonar crónica (asma, EPOC, etc.) severa o padece hipertensión arterial inadecuadamente controlada, insuficiencia renal crónica o enfermedades del corazón serias incluyendo infartos, enfermedad valvular o reemplazos valvulares cardiacos y/o tiene un cardio desfibrilador implantado? Tiene marcapasos? ¿Padece alteraciones conocidas serias del sistema inmune?	SI	NO
Tengo más de 18 años y menos de 60 años.	SI	NO
2. ¿Usted o alguien con quien vive, en las últimas 2 semanas, ha tenido fiebre de 38°C o más asociado a dolor de cabeza, tos seca, dificultad respiratoria, dolor de garganta, reducción o pérdida del olfato o el gusto (capacidad de percibir sabores) o ha presentado diarrea de reciente aparición?	SI	NO
3. ¿Usted o alguien con quien vive tiene diagnóstico de infección por Covid 19 o ha estado en contacto con alguien en quien se esté sospechando infección por Covid 19 o haya sido diagnosticado con este virus?	SI	NO
4. ¿Usted o alguien con quien vive ha estado fuera del país o en contacto con viajeros provenientes del exterior?	SI	NO
6- Está dispuesto a seguir en todo momento las recomendaciones dadas por el personal de Emdiagnóstica que tienen la intención de disminuir riesgos de infección y caídas entre otros?	SI	NO
7- Confirma que hasta donde es de su conocimiento hasta la fecha de hoy NO tiene diagnóstico de infección por Covid 19	SI	

Que tras haberse cumplido lo anterior, doy mi consentimiento para permanecer como acompañante mientras dure la atención de mi acompañado, atendiendo el estricto cumplimiento de las normas que me han sido previamente comunicadas como son: Permanecer al menos a 2 mts de distancia de otras personas, permanecer disponible fuera de las instalaciones de Emdiagnóstica hasta ser llamado, usar tapabocas, lavarme las manos a mi llegada y salida de Emdiagnóstica, etiqueta de la tos ( cubrirse la boca al toser con el brazo) entre otros.

Certifico que el contenido de este consentimiento me ha sido explicado en su totalidad, que lo he leído o me lo han leído y que entiendo perfectamente su contenido.

\_\_\_\_\_  
Firma del acompañante  
CC. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Notas administrativas: (Para ser diligenciado por el personal de Emdiagnóstica)  
Temperatura: \_\_\_\_\_ (Sólo si se requiere su ingreso a Emdiagnóstica)

CRITERIO	SI	NO
La persona llega con tapabocas		
La persona higieniza sus manos		
La persona mantiene aislamiento social		
La persona acata las recomendaciones del personal de Emdiagnóstica		
La persona presente evidentes síntomas respiratorios		

Nombre personal de la institución de Salud \_\_\_\_\_

Firma de personal de institución de Salud \_\_\_\_\_

C.C. \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_