

**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 REALIZACION DE PROCEDIMIENTOS DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS EN ÉPOCA DE PANDEMIA

Nombre y apellidos: _____ Edad: _____ Tipo y número de
 identificación: _____ Fecha: _____ Persona en situación de discapacidad Si _____ No _____ Correo
 electrónico _____

DECLARO

- 1- Que debido a que el Doctor: _____ ha considerado que es conveniente realizar, en mi situación, una ECOGRAFIA , he autorizado al Dr. (a) _____, con registro médico _____ de Bogotá para practicar dicho procedimiento previo conocimiento de lo siguiente, información que confirmo he recibido al menos 24 horas previas al procedimiento.
- 2- Que de manera detallada se me ha suministrado información completa, suficiente, con un lenguaje sencillo y claro. .
- 3- Que se me ha explicado la naturaleza de la enfermedad producida por el COVID-19 y entiendo el significado de caso sospechoso o confirmado de infección por coronavirus COVID-19. Adicionalmente he recibido información en cuanto a su presentación clínica, síntomas, modo de contagio, medidas para evitar o mitigar el riesgo de contagio, posibilidad de sufrir la enfermedad, complicaciones o muerte.
- 4- Que se me ha explicado con claridad que, en el marco de la declaratoria de emergencia sanitaria decretada por el gobierno nacional, existe un riesgo potencial de contagio por COVID-19 cada vez que suspenda el aislamiento preventivo, durante el desplazamiento o en la permanencia en el consultorio aun cuando se tomen todas las medidas para mitigar el riesgo de transmisión.
- 5- Que se me han explicado con claridad las medidas que se han tomado desde Ministerio de Salud y Protección Social para mitigar el riesgo de transmisión durante los desplazamientos y en la permanencia dentro del consultorio y la consulta, dentro de las cuales se encuentran sin limitarse a ellas, mantener el distanciamiento social, el uso permanente de tapabocas y el lavado frecuente de las manos.
- 6- Que entiendo y reconozco la importancia de conservar las medidas de autoprotección que me han sido explicadas y que el riesgo se aumenta considerablemente en caso de no cumplirlas.
- 7- Que reconozco el derecho y el deber del profesional de la salud o de la institución de suspender, aplazar o cancelar el procedimiento en caso de incumplir por mi parte con las medidas de autoprotección que me han sido previa y claramente explicadas, dada la necesidad de mitigar la propagación del virus en el país.
- 8- **Confirmando que se me ha explicado que durante situaciones excepcionales como pandemias, por ejemplo, Covid-19 o Coronavirus, existe un riesgo adicional de infección que inicia desde el contacto social y exposición durante el traslado, permanencia en salas de espera y realización de los procedimientos diagnósticos o terapéuticos. Se me aclaró que el personal de Emdiagnóstica cuenta con todos los elementos de protección personal para mi atención y que se me suministrarán los elementos necesarios para mi propia seguridad durante el procedimiento a realizar. También se me confirmó que Emdiagnóstica sigue los procedimientos de desinfección y esterilización exigidos. Emdiagnóstica SAS no presta servicios de urgencias.**
- 9- Declaro que conozco y comprendo las consecuencias por el riesgo de transmisión infecciosa del virus y soy consciente de que, a pesar de que en esta institución se tomen todas las medidas de acuerdo a los protocolos y guías de atención establecidos para la prevención de la infección por COVID-19, del Consenso Colombiano de Atención Diagnóstico y Manejo de la infección por SARS-CoV2/COVID-19 en establecimientos de atención de salud, el uso de elementos de protección personal de todo el personal de esta institución y la necesidad del uso de elementos de protección del paciente y/o acompañante, existe la probabilidad de contagio por COVID-19, asumiendo por mi/nuestra cuenta el posible riesgo de contagio.
- 10- Declaro haber tomado voluntariamente la decisión de traslado a las instalaciones de Emdiagnóstica y entiendo los riesgos, y hasta donde es de mi conocimiento, mi propio desplazamiento no conlleva un riesgo conocido para la comunidad.
- 11- **Confirmando que para la programación de este procedimiento dejé claro que DURANTE LAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS contesté NO a las siguientes preguntas. (Reconfirmar).**

| FACTOR DE RIESGO | SI | NO |
|--|----|----|
| 1. ¿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? | | |
| 2. ¿Usted o alguien con quien vive ha estado en contacto con alguien en quien se esté sospechando infección por COVID-19 o haya sido diagnosticado con este virus? | | |
| 3. ¿Usted o alguien con quien vive ha estado fuera del país o en contacto en las últimas 2 semanas , con viajeros provenientes del exterior? | | |

| GRUPO DE RIESGO | SI | NO |
|---|----|----|
| 1. ¿Es mayor de 70 años? | | |
| 2. ¿Vive en un asilo o lugar de atención para pacientes de la tercera edad? | | |
| 3. ¿Tiene alteraciones del sistema inmune? | | |
| 4. ¿Tiene alguna enfermedad pulmonar crónica (asma, EPOC, etc.)? | | |
| 5. ¿Tiene hipertensión arterial inadecuadamente controlada o enfermedades serias del corazón? | | |
| 6. ¿Tiene obesidad? | | |
| 7. ¿Tiene problemas de azúcar (diabetes)? | | |
| 8. ¿Se encuentra en embarazo? | | |

- 12- 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.
- 13- Manifiesto que he leído o me han leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar libremente mi consentimiento.
- 14- Que tras haberse cumplido lo anterior, doy mi consentimiento para asistir a las instalaciones de Emdiagnóstica SAS para la realización del procedimiento ordenado y manifiesto expresamente mi compromiso de acatar durante los desplazamientos, la permanencia en el consultorio y durante la consulta las medidas de autoprotección para mitigar el riesgo de contagio que me han sido previamente explicadas y respecto de las cuales he podido realizar las preguntas que consideré pertinentes para aclarar las dudas.

 ESPECIALISTA

 PACIENTE CC _____ de _____

En caso de ser menor de edad este documento deberá ser firmado por el paciente y su tutor responsable.

Nombre tutor _____ Identificación _____ Parentesco _____ Firma tutor _____

Notas administrativas: (Para ser diligenciado por el personal de Emdiagnóstica)

Temperatura: _____

| 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: _____