

**Expresión de Consentimiento Informado**  
**Acompañante de paciente no autoválido**  
**confirmado/sospechoso COVID-19 que requiera**  
**cuidados adicionales no profesionales**

**Nombre y apellido:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **DNI:** \_\_\_\_\_ **Historia clínica:** \_\_\_\_\_

Estimado paciente:

El Hospital Universitario Austral le recuerda algunas consideraciones importantes acerca del documento que se le presenta a continuación.

El presente **consentimiento informado** es el permiso que otorga el familiar / acompañante de paciente COVID-19 (sospechoso / confirmado) internado, para acceder al acompañamiento del mismo, luego de comprender en qué consiste, los riesgos, beneficios, limitaciones y posibles consecuencias.

Por lo tanto, lo invitamos a realizar todas las preguntas que desee y solicitar las aclaraciones que necesite con respecto al acompañamiento de paciente COVID 19 (sospechoso o confirmado).

**No firme** sin antes recibir las respuestas necesarias.

Yo, \_\_\_\_\_, DNI \_\_\_\_\_,  
por medio del presente documento, considerando:

A- Que \_\_\_\_\_, DNI \_\_\_\_\_  
(en adelante "el paciente"), familiar, \_\_\_\_\_ (tachar o indicar el vínculo con el paciente internado). a pesar de las explicaciones brindadas sobre el alto riesgo de contagio que significa permanecer acompañando a un paciente sospechoso o confirmado de infección por COVID-19 voluntariamente decido permanecer al cuidado del paciente citado durante su internación en la institución.

B- Me han informado que el paciente se encuentra cursando un cuadro de infección (sospecha / confirmado) por coronavirus, explicándome también las características de la infección y el alto riesgo de contagio asociado a la permanencia en la habitación.

C- También me han explicado cuáles son las medidas de protección personal y los elementos de protección que deberé utilizar a lo largo del acompañamiento.

Estos elementos de protección me han sido provistos por la Institución, y me comprometo a hacer un uso adecuado de los mismos según las indicaciones brindadas por el equipo de salud.

D- También me comprometo a cumplir con la normativa de lavado de manos, de la cual también he recibido información.

La Institución pone a mi disposición y me provee tanto los elementos de protección como la capacitación para el uso correcto.

E- Me han explicado que, aún con toda la protección y los cuidados que han de tenerse, el contagio puede ocurrir de todos modos.

F- Me han informado que, luego del acompañamiento, debo cumplir con las indicaciones de aislamiento en mi domicilio durante los 14 días posteriores.

.....  
Firma, aclaración y DNI del acompañante

**Expresión de Consentimiento Informado**  
**Acompañante de paciente no autoválido**  
**confirmado/sospechoso COVID-19 que requiera**  
**cuidados adicionales no profesionales**

- G- Me comprometo a informar al equipo tratante cualquier cambio en mi estado de salud.
- H- Ante cualquier necesidad que surgiera, puedo consultar al personal de enfermería del sector y si es necesario, al equipo médico.
- I- Con toda la información recibida, decido permanecer en la habitación, comprendiendo los riesgos que me han sido informados. Por su parte la Institución garantiza los cuidados profesionales necesarios para la adecuada atención del paciente.

Pilar, .....de.....de 202.....

Firma del acompañante (persona mayor de edad)(\*):

.....

Firma del Médico: .....

Aclaración: .....

Aclaración: .....

D.N.I.: .....

Matrícula: .....

**Expresión de Revocación de Consentimiento Informado  
Acompañante de paciente no autoválido  
confirmado/sospechoso COVID-19 que requiera  
cuidados adicionales no profesionales**

**Este documento manifiesta la REVOCACIÓN de su primera voluntad de acompañamiento de paciente COVID-19 (sospechoso / confirmado). Solo debe firmarla si la revoca. Si está firmando un Consentimiento NO DEBE FIRMAR LA REVOCACION.**

**REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ACOMPAÑAMIENTO DE PACIENTE COVID  
(SOSPECHOSO/CONFIRMADO)**

Pilar, .....de.....de 202....

Teniendo en cuenta que:

- 1- Con anterioridad a ésta fecha he firmado un Consentimiento Informado de Acompañamiento de Paciente COVID-19 (sospechoso / confirmado) durante su Internación.
- 2- Que he decidido REVOCAR el Consentimiento Informado al que me refiero precedentemente.
- 3- Que se me ha explicado que, no obstante haber recibido los Elementos de Protección Personal y la capacitación para el uso de los mismos, así como para el cuidado que debo tener y el lavado de manos, existe un alto riesgo de contagio, por lo que debo cumplir con las indicaciones de aislamiento que he recibido.
- 4- Que DECIDO en forma libre e informada:

REVOCAR a partir de la fecha el Consentimiento Informado que he otorgado arriba, y habiendo sido informado de los riesgos de contagio y la conducta de aislamiento a observar luego del acompañamiento, asumo personalmente los mismos, deslindando de responsabilidad en tal sentido a la institución y a los médicos y profesionales tratantes.

Firma del Acompañante (mayor de edad) (\*):

.....

Aclaración: .....

D.N.I.: .....

Firma del Médico: .....

Aclaración: .....

Matrícula: .....

**(\*) Indicar vínculo con el Paciente Internado**

- a) El cónyuge / persona que sin ser su cónyuge convive con el Paciente internado;
  - b) Cualquiera de los hijos mayores de DIECIOCHO (18) años;
  - c) Cualquiera de los padres;
  - d) Cualquiera de los hermanos mayores de DIECIOCHO (18) años;
  - e) Cualquiera de los nietos mayores de DIECIOCHO (18) años;
  - f) Cualquiera de los abuelos;
  - g) Cualquier pariente consanguíneo hasta el cuarto grado inclusive;
  - h) Cualquier pariente por afinidad hasta el segundo grado inclusive;
  - i) El representante legal, tutor o curador;
- El vínculo deberá ser debidamente acreditado.