

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 del paciente menor de edad COVID-19 (sospechoso / confirmado) internado en la institución, para acceder al acompañamiento del mismo, luego de comprender en que 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 menor de edad COVID-19 (sospechoso / 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 / _____ (indicar vínculo con el paciente menor 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 menor de edad 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- La Institución pone a mi disposición y me provee tanto los elementos de protección como la capacitación para el uso correcto.
- E- También me comprometo a cumplir con la normativa de lavado de manos, de la cual he recibido también información.
- F- Me han explicado que, aún con toda la protección, el contagio puede ocurrir de todos modos.

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

- G- Me han informado que, luego del acompañamiento, debo cumplir con las indicaciones de aislamiento en mi domicilio durante los 14 días posteriores.
- H- Me comprometo a informar al equipo tratante cualquier cambio en mi estado de salud.
- I- Ante cualquier necesidad que surgiera, puedo consultar al personal de enfermería del sector y si es necesario, al equipo médico.
- J- Con toda la información recibida, decido permanecer en la habitación, comprendiendo que 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 (mayor de edad) (*):

..... Firma del Médico:

Aclaración: Aclaración:

D.N.I.: Matrícula:

Firma de los padres (en caso de pacientes menores de 18 años) o representante según el caso (*):

Firma: Firma:

Aclaración: Aclaración:

Parentesco: Parentesco:

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

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

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ACOMPAÑAMIENTO DE PACIENTE MENOR DE EDAD CON SOSPECHA O CONFIRMACION DE COVID 19

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

Teniendo en cuenta que:

- 1- Con anterioridad a ésta fecha he firmado un Consentimiento Informado de Acompañamiento de Paciente Menor de Edad con sospecha o confirmación de Covid 19 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) (*):

.....

Firma del Médico:

Aclaración:

Aclaración:

D.N.I.:

Matrícula:

Firma de los padres (en caso de pacientes menores de 18 años) o representante según el caso (*):

Firma:

Firma:

Aclaración:

Aclaración:

Parentesco:

Parentesco:

D.N.I.:

D.N.I.: