

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 confirmado/sospechoso Covid-19 internado, para acceder al acompañamiento del mismo al final de su vida, 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.

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

Yo..... edad.....con DNI..... por medio del presente documento, doy conformidad para concurrir a despedir los restos de (Nombre y apellido completo del familiar o amigo fallecido) ..... DNI.....

- A- Manifiesto haber recibido la información completa acerca de los riesgos y eventuales complicaciones, comprendido la metodología y objetivos de la visita de despedida en el marco de la pandemia por COVID-19.
- B- Reconozco y acepto que se me ha indicado con carácter de obligatorio y al exclusivo hecho de cuidar mi salud física y la de mis contactos directos que deberé utilizar en todo momento de la visita de despedida el equipo de protección personal compuesto por barbijo quirúrgico, protección facial o gafas, camisolín y guantes.
- C- Reconozco y acepto que los equipos de protección personal descritos en el presente documento se me han entregado en este acto, se me ha informado sobre su utilización y personal calificado de salud ha controlado su correcto uso en mi persona, previo a la visita de despedida.
- D- Reconozco y acepto que deberé mantener el distanciamiento preventivo de 2 metros del cuerpo de mi familiar o amigo fallecido y no podré tener contacto directo con sus pertenencias personales o enseres de la habitación.
- E- Ante esta instancia declaro cumplir con los siguientes requisitos.
  - Ser mayor de edad.
  - No presentar síntomas asociados a COVID-10 durante los últimos 10 días.

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

- No presentar factores de riesgo para enfermedad por COVID-19 (mayores de 60 años, enfermedad cardiovascular [Insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria, valvulopatías y cardiopatías congénitas], enfermedad pulmonar crónica [asma moderado o severo, epoc, enfisema congénito, displasia broncopulmonar, bronquiectasias, fibrosis quística], enfermedad renal crónica en diálisis o con expectativa de ingresar a diálisis en los próximos 6 meses, diabetes, inmunosupresión, embarazadas, obesidad (IMC > 40).
- Haber sido capacitado en el uso del Equipo de Protección Personal.
- Utilizar barbijo quirúrgico, protección ocular, camisolín y guantes mientras dure la estadía.

F- Acepto que se me entregarán las pertenencias personales de mi familiar fallecido en una bolsa de aislación de material sintético debidamente cerrada, la que me comprometo a no abrir por un lapso no menor a 5 (cinco) días posteriores a recibirlos a los fines de mayor seguridad epidemiológica de persistencia del virus en los mismos.

De conformidad con lo arriba expuesto, firmo de conformidad en Pilar, a los .....días del mes de .....del año 202.....

Firma del familiar (*): .....	Firma del Médico: .....
Aclaración: .....	Aclaración: .....
D.N.I.: .....	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.