

ANEXO CONSENTIMIENTO INFORMADO Covid 19 PARA TODO TIPO DE CIRUGÍAS

FECHA-----/-----/-----

Nombre paciente: _____

RUT_____

Médico que realiza intervención o procedimiento: _____

Diagnóstico: _____

PROCEDIMIENTO o INTERVENCION _____

Frente a la Pandemia causada por el Covid 19 existente y todas las medidas estipuladas por la Autoridad Sanitaria, se han postergado todas aquellas cirugías susceptibles de serlo sin que afecte la salud del paciente en la actualidad o a futuro.

Por la evolución e incidencia de esta Pandemia y para evitar agravamientos de los pacientes, el Ministerio de Salud (Minsal) resolvió autorizar que se efectúen Cirugías pendientes y que tengan una estadía hospitalaria de una noche. Además de restituirse el cumplimiento de los plazos máximos legales para todas las Patologías GES-AUGE.

Estas cirugías DE TIPO ELECTIVAS se deberán efectuar en pacientes sin infección activa de Covid 19, por los eventuales riesgos agregados que se puedan presentar en el postoperatorio al cursar paralelamente con la enfermedad de Covid 19.

Se le efectuó una encuesta que Ud. respondió con exactitud y exámenes para procurar precisar si Ud. presenta o no una Infección por Covid activa y se le solicitó adoptar en forma estricta todas las medidas señaladas por el Minsal de protección personal y aislamiento social.

Es conocido que existe un porcentaje de la población sana y portadores de virus; como también que en la primera etapa de la infección no se presentan síntomas en el paciente ni tampoco resultan positivos a los exámenes; Ud. debió estar en aislamiento (cuarentena) por 7 días previos a la cirugía.

A pesar de todo lo anterior, no es posible medicamente garantizar completamente que la infección NO EXISTE.

DECLARO que el Médico me ha explicado todo lo señalado y que no tengo dudas al respecto y que comprendo que puedan existir riesgos adicionales a los propios de mi cirugía y en pleno uso de mis facultades AUTORIZO a la realización de la cirugía.

FIRMA DEL MEDICO

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Nombre y RUT del Representante:-----