



Consentimiento Informado y Hoja de Información para acompañantes de pacientes con necesidades de asistencia en contexto de la pandemia COVID-19.

Yo,de.....años de edad, DNIen mi carácter de familiar / allegado del paciente..... fui informado de los requisitos de cuidado para las visitas de pacientes internados en el contexto de la pandemia por COVID-19.

Comprendo que al tratarse de una enfermedad infectocontagiosa existe riesgo de contraer la misma con riesgo de muerte.

Me informaron que **el visitante preferentemente, debe ser mayor de edad y menor de 60 años y NO debe presentar enfermedades como:**

- Inmunosupresión
- Diabetes
- Enfermedades respiratorias crónicas (Asma, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica)
- Enfermedad cardiovascular crónica
- Insuficiencia renal crónica
- Sobrepeso u obesidad con IMC mayor a 35
- Embarazo

Además, NO debe:

- vivir en su domicilio con familiares con las patologías ya mencionadas
- presentar síntomas como fiebre, tos, dolor de garganta, pérdida del olfato o pérdida del gusto al momento de la visita

En caso de ser mayor de 60 años y/o con enfermedades asociadas, el personal asistencial no está autorizado a habilitarme para acompañar a un paciente con COVID-19 porque en el caso de contraer la enfermedad son mayores las posibilidades de que sea un cuadro grave, incluyendo la muerte.

Por este motivo dada la necesidad de ver a mi familiar, respetando mi capacidad de decisión, debo asumir por propia voluntad este riesgo, sin responsabilidad de la institución o del grupo médico tratante.

Me informaron que es importante procurar, en la medida de lo posible, que **el visitante sea siempre el mismo**, evitando la rotación con diferente número de personas para disminuir la posibilidad de contagios para mi familiar y el equipo de salud.

Me han provisto de **equipo de protección personal**, camisolín, guantes, barbijo y protección ocular. Me han explicado cómo utilizar el equipo de protección personal.

Me han explicado que **NO debo mantener contacto físico con el enfermo.**

Una vez dentro de la habitación, **NO podré salir de la misma bajo ningún concepto**, hasta que finalice la visita y me haya retirado en forma segura el equipo de protección personal con higiene de manos como último paso.

Dispondré de un teléfono de contacto para preguntas.

.....

**Firma y aclaración
Del Acompañante**

**Firma y Sello
del Médico**