

**CONSENTIMIENTO INFORMADO POR COVID-19 PARA
PROCEDIMIENTO/CIRUGÍA**

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE:

RUT DEL PACIENTE:

NOMBRE COMPLETO DEL REPRESENTANTE SI LO HUBIERE:

RUT DEL REPRESENTANTE:

FECHA DE OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

DIAGNÓSTICO:

OJO: OD----- OI----- ODI-----

Declaro, en conformidad a lo señalado en la ley N.º 20.584 y lo dispuesto en el Decreto Supremo N°31 del Ministerio de Salud, del 15 de junio del 2012, haber recibido de parte del profesional que firma, información satisfactoria sobre mi cuadro clínico, características y objetivos del procedimiento, diagnóstico, tratamientos disponibles, pronósticos y las potenciales complicaciones o riesgos de la intervención.

Adicionalmente entiendo que estoy optando por un tratamiento / procedimiento / cirugía electiva que no es urgente y puede no ser médicamente necesario.

También entiendo que el nuevo coronavirus, COVID-19, ha sido declarado una pandemia mundial por la Organización Mundial de la Salud. Además, entiendo que COVID-19 es extremadamente contagioso y se cree que se transmite por contacto de persona a persona; y, como resultado, el ministerio de salud recomienda el distanciamiento social. Reconozco que Clínica Pasteur está monitoreando de cerca esta situación y han implementado medidas preventivas razonables para reducir la propagación de COVID-19. Sin embargo, dada la naturaleza del virus, entiendo que existe un riesgo inherente de infectarse con COVID-19 en virtud de proceder con este tratamiento / procedimiento / cirugía electiva. Por la presente, reconozco y asumo el riesgo de infectarse con COVID-19 a través de este tratamiento / procedimiento / cirugía electiva, y doy mi permiso expreso para proceder con lo mismo.

Entiendo que, incluso si me hicieron la prueba de COVID y recibí un resultado negativo, las pruebas en algunos casos pueden no detectar el virus o puedo haber contraído COVID después de la prueba. Entiendo que, si tengo una infección por COVID-19, e incluso si no tengo ningún síntoma por lo mismo, proceder con este tratamiento / procedimiento / cirugía electiva puede dar lugar a una mayor probabilidad de complicaciones y muerte.

Por consiguiente, declaro expresamente haber entendido la información provista, habiendo tenido la oportunidad de formular preguntas y dudas respecto a las variables señaladas en el párrafo anterior, las que han sido contestadas y aclaradas a mi entera satisfacción.

Por lo anteriormente expuesto doy mi consentimiento en forma libre, voluntaria, expresa e informada para ser sometido(a) al procedimiento/ cirugía de.....

Así mismo, consiento en toda maniobra que el equipo de profesionales considere necesarias de implementar para el caso que ocurrieren situaciones no esperadas o complicadas, y/o traslado a otro centro de ser necesario.

NOMBRE, RUT Y FIRMA
PACIENTE O REPRESENTANTE

NOMBRE, RUT Y FIRMA
PROFESIONAL RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO