

Consentimiento Informado – Riesgo COVID-19

Yo _____ (nombre del paciente) entiendo que estoy optando por un tratamiento /procedimiento /cirugía electivo, no es urgente y no es medicamento necesario.

También entiendo que el novel COVID-19, ha sido declarado pandemia a nivel mundial por la “ World Health Organization”. Entiendo que el COVID-19 es extremadamente contagioso y se cree que se transmite por medio de contacto de persona a persona, y por ende las agencias federales y estatales han recomendado el distanciamiento social. Reconozco que la Dra. Shruti Tannan y todo el personal están monitoreando esta situación y han puesto medidas preventivas razonables dirigidas a reducir la propagación de COVID-19. Debido a la naturaleza de este virus, entiendo que hay riesgo inherente de ser infectado con COVID-19 al proceder con este tratamiento/procedimiento/cirugía electiva. Por la presente reconozco y asumo el riesgo de ser infectado con COVID-19 mediante este tratamiento/procedimiento/cirugía electiva, y doy mi consentimiento a la Dra. Cynthia Diehl, Dra. Shruti Tannan y a todo el staff en Diehl Plastic Surgery /Tannan Plastic Surgery para proceder con el mismo. Entiendo que aunque me haya hecho la prueba del COVID-19 y recibido un resultado negativo, las pruebas en muchos casos fallan en detectar el virus, y pude haber contraído COVID-19 despues de la prueba. Entiendo que de tener COVID-19, aunque no tenga síntomas del mismo, proceder con este tratamiento/procedimiento/cirugía electiva puede haber una alta probabilidad de complicaciones incluyendo la muerte.

Entiendo que la posible exposición a COVID-19 antes /durante/ después de mi tratamiento/procedimiento/cirugía puede resultar en lo siguiente: diagnostico positivo de COVID-19, periodo extendido de cuarentena/ autoaislamiento, pruebas adicionales, hospitalización que pudiera requerir terapia medica, tratamiento en cuidado intensivo, posible entubación / soporte con ventilador, entubación a corto o largo plazo, otras complicaciones potenciales, y el riesgo de muerte. En adición, despues de mi tratamiento/procedimiento/cirugía electiva, podría necesitar cuidados adicionales que podria requerir que visite una sala de emergencias /hospital.

Entiendo que COVID-19 puede causar riesgos adicionales, algunos o muchos de los cuales pueden no conocerse actualmente, en adición a los riesgos descritos aquí, al igual que los riesgos para el tratamiento/procedimiento/cirugía.

Se me ha dado la opción de aplazar mi tratamiento/procedimiento/cirugía para una fecha futura. Sin embargo entiendo todos los riesgos potenciales, incluyendo pero no limitado a las complicaciones a corto y largo plazo relacionados con COVID-19, y deseo proceder con mi tratamiento/procedimiento/cirugía.

Entiendo lo que se me ha explicado y no tengo mas preguntas, doy mi consentimiento para el procedimiento.

x _____

Paciente o Persona autorizada

Fecha/Hora

Testigo _____ Fecha/Hora _____