

## Consentimiento informado sobre riesgos del COVID-19

Yo \_\_\_\_\_ (nombre del paciente) entiendo que estoy optando por un procedimiento electivo.

También entiendo que el nuevo coronavirus, COVID-19, ha sido declarado pandemia mundial por la Organización Mundial de la Salud. Además, entiendo que el COVID-19 es extremadamente contagioso y se cree que se transmite por contacto de persona a persona; y, como resultado, las agencias de salud federales y estatales recomiendan el distanciamiento social. Reconozco que los médicos y el personal de Northwest Gastroenterology Clinic y NGC Endoscopy Services están monitoreando de cerca esta situación y han implementado medidas preventivas razonables destinadas a reducir la propagación del COVID-19. Sin embargo, dada la naturaleza del virus, entiendo que existe un riesgo inherente de infectarse con COVID-19 al continuar con este procedimiento. Por la presente reconozco y asumo el riesgo de infectarme con COVID-19 a través de este procedimiento, y doy mi permiso expreso para que el Dr. \_\_\_\_\_ y todo el personal de Northwest Gastroenterology Clinic y NGC Endoscopy Services procedan con este.

Entiendo que, incluso si me han hecho la prueba de COVID y he recibido 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, continuar con este procedimiento puede llevar a una mayor probabilidad de complicaciones y muerte.

Entiendo que la posible exposición al COVID-19 antes/durante/después de mi procedimiento puede resultar en lo siguiente: un diagnóstico positivo de COVID-19, cuarentena prolongada/autoaislamiento, pruebas adicionales, hospitalización que puede requerir terapia médica, tratamiento de cuidados intensivos, posible necesidad de soporte de intubación/ventilador, intubación a corto o largo plazo, otras posibles complicaciones y el riesgo de muerte. Además, después de mi procedimiento electivo, es posible que necesite atención adicional que requiera que vaya a una sala de emergencias o un hospital.

Entiendo que el COVID-19 puede causar riesgos adicionales, algunos o muchos de los cuales pueden ser desconocidos actualmente, además de los riesgos descritos en este documento, así como los riesgos del procedimiento en sí.

Se me ha dado la opción de aplazar mi procedimiento para una fecha posterior. Sin embargo, entiendo todos los riesgos potenciales, incluidos, entre otros, las posibles complicaciones a corto y largo plazo relacionadas con el COVID-19, y me gustaría continuar con el procedimiento deseado.

ENTIENDO LA EXPLICACIÓN Y NO TENGO MÁS PREGUNTAS, Y DOY MI CONSENTIMIENTO PARA EL PROCEDIMIENTO.

Paciente o persona autorizada a firmar por el paciente

Fecha/Hora

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Testigo

Fecha/Hora

\_\_\_\_\_