



## Autorización del Paciente y Consentimiento Formulario Nombramientos y Procedimientos durante la Pandemia COVID-19

El 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud declaró la enfermedad de COVID-19 como pandemia. Como resultado, se pidió a muchos hospitales, consultorios médicos y centros de cirugía que pusieran en cuenta todas las citas clínicas, procedimientos y cirugías electivas y no urgentes. El 1 de mayo de 2020, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de NC levantó estas retenciones en el estado de Carolina del Norte.

Haremos todo lo posible para asegurarnos de que usted está protegido mientras está en nuestras instalaciones. Sin embargo, incluso con el uso adecuado de EPI y métodos de desinfección, todavía existe un riesgo de exposición en este tipo de citas. Este riesgo incluye, pero no se limita a la exposición a otros pacientes, personal de atención médica y centros de salud.

### INFORMACIÓN SOBRE COVID-19

Entiendo que COVID-19 es muy contagioso. Lo más probable es que se propague por contacto de persona a persona. Entiendo que mi médico y su personal seguirán todas las leyes y recomendaciones de los funcionarios de salud locales, estatales y nacionales. Sin embargo, todavía hay riesgos de ser infectado con COVID-19.

Entiendo que la exposición a COVID-19 puede resultar en un diagnóstico de COVID-19, que puede resultar en una cuarentena o autoaislamiento, más pruebas, estar en el hospital, tratamiento de cuidados intensivos, intubación / apoyo del ventilador, intubación a corto o largo plazo, otras complicaciones, y el riesgo de muerte. Aún no se conocen otros riesgos.

Entiendo que si tengo una o más de las siguientes condiciones, puedo tener una mayor probabilidad de 1) conseguir COVID-19 y 2) complicaciones o problemas de salud si tengo COVID-19, que puede ser grave

- Asma
- enfermedad pulmonar crónica,
- enfermedades o problemas cardíacos graves,
- enfermedad renal crónica,
- obesidad extrema,
- un sistema inmunitario comprometido o suprimido,
- enfermedad hepática,
- embarazada,
- 65 años o más, o

### CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Entiendo los riesgos relacionados con la exposición potencial de COVID-19 como se me ha proporcionado en este formulario de consentimiento. Al firmar a continuación, estoy de acuerdo en que el personal/médico ha discutido los hechos en este formulario conmigo, que he tenido la oportunidad de hacer preguntas, que todas mis preguntas han sido respondidas, y que nadie me ha dado ninguna garantía.

Entiendo que tengo la opción de reprogramar mi cita para una fecha posterior, si se desea. GAP también ofrece opciones de video o telemedicina para los servicios que son elegibles. Doy mi consentimiento para proceder con mi cita para servicios/procedimientos clínicos según lo programado.

No he dado positivo recientemente para COVID-19, ni he tenido ninguna exposición conocida a nadie que ha dado positivo recientemente. Lo reportaré a GAP si me vuelvo sintomático o positivo después de mi visita aquí para que GAP pueda tomar medidas adicionales para prevenir la propagación del virus.

---

**Firma del Paciente** (o Parte Responsable)

---

**Fecha**

---

Relación con el Paciente (si la Parte Responsable no es Paciente)

05.06.2020