

	NOMBRE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACOMPAÑANTE DE CASOS PROBABLE/CONFIRMADO DE COVID-19		CÓDIGO 03-M-FT-032
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	PROCESO MISIONAL	VERSIÓN 002

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACOMPAÑANTE DE CASOS PROBABLE/CONFIRMADO DE COVID 19
 INGRESO A SERVICIOS EN DONDE SE ATIENDEN PACIENTES COVID**

Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____ **Ciudad:** _____
Nombre paciente: _____
Tipo de identificación: CC ___ CE ___ TI ___ Otro ___ **Nº** _____
Sede: _____ **HC Nº:** _____
Servicio: _____ **Habitación/cama:** _____

Yo, _____ con identificación CC ___ CE ___ Nº _____ de _____, actuando en calidad de acompañante del paciente _____, por medio del presente documento manifiesto:

Que de manera detallada se me ha suministrado información completa, suficiente, con un lenguaje sencillo y claro. El profesional de la salud me ha explicado la naturaleza de la enfermedad, acerca del significado de caso sospechoso o confirmado del coronavirus COVID-19 en cuanto a su presentación clínica, modo de contagio, medidas para contenerla, posibilidad de sufrir la enfermedad, complicaciones o muerte, mientras permanezca como acompañante del paciente.

Que he podido hacer las preguntas relacionadas con dicha enfermedad y se me han respondido en forma satisfactoria; así mismo se me ha explicado que voy a estar en riesgo de contagiarme mientras permanezca junto a él.

Manifiesto que voluntariamente decido ingresar a servicios en donde se encuentran internados pacientes sospechosos o confirmados con coronavirus COVID-19, cumpliendo todas las medidas de bioseguridad y siguiendo las indicaciones brindadas por el personal asistencial.

Que tras haberse cumplido lo anterior, doy mi consentimiento para permanecer como acompañante mientras dure el proceso de la enfermedad de mi acompañado en la Clínica San Rafael o por el tiempo que me sea permitida la visita, atendiendo el estricto cumplimiento de las normas de la institución.

Certifico que el contenido de este consentimiento me ha sido explicado en su totalidad, que lo he leído o me lo han leído y que entiendo perfectamente su contenido.

Firma del acompañante

CC. _____ de _____

Nombre personal asistencial de la institución _____

Firma personal asistencial de la institución _____

C.C _____

Cargo: _____