

Nombre y apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ DNI: _____ Historia clínica: _____

Estimado paciente:

El Hospital Universitario Austral le recuerda algunas consideraciones importantes acerca del documento que se le presenta a continuación.

El presente **consentimiento informado** es el permiso que otorga el familiar/acompañante de paciente confirmado/sospechoso Covid-19 internado, para acceder al acompañamiento del mismo al final de su vida, luego de comprender en qué consiste, los riesgos, beneficios, limitaciones y posibles consecuencias.

Por lo tanto, lo invitamos a realizar todas las preguntas que desee y solicitar las aclaraciones que necesite con respecto al acompañamiento de paciente COVID 19.

No firme sin antes recibir las respuestas necesarias.

Yo, _____, DNI _____,
por medio del presente documento, considerando:

A- Que _____, DNI _____
(en adelante "el paciente"), familiar, _____ (*tachar o indicar el vínculo con el paciente internado*), a pesar de las explicaciones brindadas sobre el alto riesgo de contagio que significa acompañar al paciente confirmado de infección por COVID 19, voluntariamente decido acompañarlo al final de su vida, circunstancia que sucede durante su internación en la institución.

B- Me han informado que el paciente se encuentra cursando un cuadro de infección por coronavirus, actualmente en grave estado de salud, explicándome también las características de la infección y el alto riesgo de contagio asociado a la permanencia en la habitación.

C- También me han explicado cuáles son las medidas de protección personal y los elementos de protección que deberé utilizar a lo largo del acompañamiento.

Estos elementos de protección me han sido provistos por la Institución, y me comprometo a hacer un uso adecuado de los mismos según las indicaciones brindadas por el equipo de salud.

D- También me comprometo a cumplir con la normativa de lavado de manos, de la cual también he recibido información.

La Institución pone a mi disposición y me provee tanto los elementos de protección como la capacitación para el uso correcto.

E- Me han explicado que, aún con toda la protección y los cuidados que han de tenerse, el contagio puede ocurrir de todos modos.

.....
Firma, aclaración y DNI del acompañante

- F- Me comprometo a informar al equipo tratante cualquier cambio en mi estado de salud.
- G- Ante cualquier necesidad que surgiera, puedo consultar al personal de enfermería del sector y si es necesario, al equipo médico.
- H- Con toda la información recibida, decido permanecer acompañando al Paciente al final de su vida, comprendiendo los riesgos que me han sido informados.

Pilar,de.....de 202.....

Firma del Acompañante (mayor de edad) (*):

.....

Aclaración:

D.N.I.:

Firma del Médico:

Aclaración:

Matrícula:

(*) Indicar vínculo con el Paciente Internado

- a) El cónyuge / persona que sin ser su cónyuge convive con el Paciente internado;
 - b) Cualquiera de los hijos mayores de DIECIOCHO (18) años;
 - c) Cualquiera de los padres;
 - d) Cualquiera de los hermanos mayores de DIECIOCHO (18) años;
 - e) Cualquiera de los nietos mayores de DIECIOCHO (18) años;
 - f) Cualquiera de los abuelos;
 - g) Cualquier pariente consanguíneo hasta el cuarto grado inclusive;
 - h) Cualquier pariente por afinidad hasta el segundo grado inclusive;
 - i) El representante legal, tutor o curador;
- El vínculo deberá ser debidamente acreditado.