

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 la paciente embarazada / puérpera COVID-19 (sospechoso / confirmado) y el Recién nacido internado en la institución, para acceder al acompañamiento del mismo, luego de comprender en que 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 embarazada / puerpera COVID-19 (sospechoso / confirmado).

**No firme** sin antes recibir las respuestas necesarias.

A- Yo, \_\_\_\_\_, DNI \_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_, en mi carácter de familiar / allegado de \_\_\_\_\_, DNI \_\_\_\_\_, asistido en la Unidad de Internación: \_\_\_\_\_, del Hospital Universitario Austral, he sido informado de la situación en la que se encuentra mi familiar / allegado COVID Positivo / sospechoso / contacto estrecho COVID y he recibido información e instrucción para el acompañamiento de la paciente embarazadas y/o puérperas y el cuidado del Recién Nacido: así como información sobre las medidas de protección individual a utilizar en la internación, suscribiendo al pie del formulario en uso.

B- De la misma manera manifiesto en carácter de Declaración Jurada que:

- Al momento de expresar el consentimiento, no me encuentro con:
  - fiebre (37.5 o más)
  - resfrío
  - diarrea
  - neumonía
  - tos
  - dificultad respiratoria
  - disgeusia (pérdida de gusto)
  - odinofagia (dolor al tragar)
  - anosmia (pérdida de olfato)
- Ser mayor de edad.
- Gozar de buena salud en general.
- No estar incluido en el grupo de riesgo: mayores de 60 años, embarazadas, enfermedades cardiovasculares, enfermedades pulmonares crónicas, enfermedad renal crónica, enfermedades que conlleven inmunodeficiencia, patologías oncológicas, diabetes, obesidad (IMC > 40).

C- Asimismo, se me informa y acepto que en mi carácter de acompañante de paciente COVID Positivo / sospechoso / contacto estrecho COVID, debo permanecer en la habitación del paciente todo el tiempo que dure mi estadía de acompañante, sin poder transitar por otros espacios del establecimiento.

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

- D- Me han informado que, luego del acompañamiento, debo cumplir con las indicaciones de aislamiento en mi domicilio durante los 14 días posteriores.
- E- Me han capacitado y he comprendido el modo de colocación y retiro de los elementos de protección personal (EPP) correspondientes según el caso, y me comprometo a utilizarlos según me informaran el personal capacitado para un debido manejo, uso y retiro de estos.
- F- Se me ha informado y he comprendido que, por tratarse de un paciente COVID Positivo/sospechoso/contacto estrecho COVID, existe la posibilidad de transmisión de la enfermedad a pesar de haber cumplido con todas las medidas de prevención descriptas. Si esta circunstancia sucediese, mediante este documento, manifiesto mi compromiso de anunciar la presencia de cualquier síntoma de infección por COVID 19 al equipo médico tratante o a quien corresponda en cada jurisdicción y guardar el período de aislamiento en el domicilio reseñado si fuese necesario.
- G- Finalmente, manifiesto que se me ha explicado, he leído y he comprendido la información contenida en la hoja de información que he firmado al pie, y que todas mis dudas e inquietudes han sido contestadas y las he comprendido, en tales circunstancias acepto y consiento acompañar a mi familiar/allegado en los cuidados que requiera la embarazada /puérpera y los cuidados del recién nacido.

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

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

.....

Firma del Médico: .....

Aclaración: .....

Aclaración: .....

D.N.I.: .....

Vínculo: .....

Matrícula: .....

Firma de los padres o representante según el caso (\*):

Firma: .....

Firma: .....

Aclaración: .....

Aclaración: .....

Vínculo: .....

Vínculo: .....

D.N.I.: .....

D.N.I.: .....

**Este documento manifiesta la REVOCACION de su primera voluntad de acompañamiento de la paciente embarazadas y/o puérperas COVID-19 (sospechoso / confirmado) y cuidado del Recién Nacido. Solo debe firmarla si la revoca. Si está firmando un Consentimiento, NO DEBE FIRMAR LA REVOCACIÓN.**

**REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ACOMPAÑAMIENTO DE PACIENTE EMBARAZADA Y/O PUERPERA Y CUIDADO DEL RECIEN NACIDO.**

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

Teniendo en cuenta que:

- 1- Con anterioridad a ésta fecha he firmado un Consentimiento Informado de Acompañamiento de paciente embarazada y/o puérpera y cuidado del recién nacido.
- 2- Que he decidido REVOCAR el Consentimiento Informado al que me refiero precedentemente.
- 3- Que se me ha explicado que, no obstante haber recibido los Elementos de Protección Personal y la capacitación para el uso de los mismos, así como para el cuidado que debo tener y el lavado de manos, existe riesgo de contagio, por lo que debo cumplir con las indicaciones de aislamiento que he recibido.
- 4- Que DECIDO en forma libre e informada:  
REVOCAR a partir de la fecha el Consentimiento Informado que he otorgado arriba, y habiendo sido informado de los riesgos de contagio y la conducta de aislamiento a observar luego del acompañamiento, asumo personalmente los mismos, deslindando de responsabilidad en tal sentido a la institución y a los médicos y profesionales tratantes.

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

.....

Aclaración: .....

D.N.I.: .....

Vínculo: .....

Firma del Médico: .....

Aclaración: .....

Matrícula: .....

Firma de los padres o representante según el caso (\*):

Firma: .....

Aclaración: .....

Vínculo: .....

D.N.I.: .....

Firma: .....

Aclaración: .....

Vínculo: .....

D.N.I.: .....