



ADÉNDUM DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN COVID-19 (SARS-COV2) ANEXO 1

Es importante que lea con detenimiento el presente documento de consentimiento informado. Una vez leído el documento ponga sus iniciales en cada página indicando que ha dado lectura a la página y al final firme el consentimiento para su cirugía.

Introducción

Con fundamento en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Ley General de Salud, Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Servicios de Atención Médica, Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico, Acuerdos del Consejo de Salubridad General publicados en el Diario Oficial de la Federación relativos al virus SARSCoV2 (COVID-19); y de manera general en cumplimiento al derecho vigente y positivo de aplicación obligatoria en los Estados Unidos Mexicanos, el firmante solicita la prestación de servicios que se describen en el consentimiento bajo información que se señala en el presente documento, durante la Contingencia Epidemiológica motivada por la enfermedad ocasionada por el virus SARS-CoV2 (COVID-19).

La COVID19 es la enfermedad infecciosa causada por el coronavirus que se ha descubierto más recientemente. Tanto este nuevo virus como la enfermedad que provoca eran desconocidos antes de que estallara el brote en Wuhan (China) en diciembre de 2019. Actualmente la COVID19 es una pandemia que afecta a muchos países de todo el mundo. (OMS)

Por lo tanto, todos los procedimientos electivos fueron suspendidos o reprogramados según las recomendaciones y evaluados con el estado de cada paciente y el nivel de escenario, fase o semáforo epidemiológico de la pandemia, basados en el riesgo de infección por COVID-19, las posibles complicaciones relacionadas con ella.

Riesgos

Posibilidad de contraer una infección COVID-19 basado en un contacto, a través de gotas de saliva y aquellas que salen despedidas por la nariz, al toser, estornudar o hablar y contacto directo con superficies contaminadas. O bien de una persona asintomática.

Confidencialidad

Clínica Dermatológica, S.A. de C.V. a través del grupo de profesionales de la salud, manifiestan que sus datos personales serán tratados de acuerdo a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares y ratifican su compromiso de mantener la confidencialidad respecto de toda la información proporcionada por el paciente. Quedando en el entendido que en todo momento habrá de mediar una comunicación expedita y una relación respetuosa con el médico y su equipo tratante a quien voluntariamente he acudido en busca de ayuda profesional.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN

Adendum de Consentimiento Informado que se amplía para propuesta de prestación de servicios durante la Contingencia Epidemiológica motivada por la enfermedad ocasionada por el virus SARS-CoV2 (COVID-19). Con fundamento en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Ley General de



Dermatológica

Dra. Adriana Gricel Pérez Uribe

Salud, Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Servicios de Atención Médica, Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico, Acuerdos del Consejo de Salubridad General publicados en el Diario Oficial de la Federación relativos al virus SARSCoV2 (COVID-19); y de manera general en cumplimiento al derecho vigente y positivo de aplicación obligatoria en los Estados Unidos Mexicanos.

Siendo las _____ hrs. Del día _____ de _____ de _____.

Yo, _____ de _____ años, con domicilio en: _____, código postal _____, Colonia _____, Municipio y/o Alcaldía _____, en _____.

Estoy en conocimiento de que nos encontramos en FASE 1 () FASE 2 () FASE 3 () y en semáforo epidemiológico

() ROJO () NARANJA, () AMARILLO () VERDE.

Acepto voluntariamente y estoy de acuerdo en someterme a las cirugía(s) y/o terapia(s) y/o tratamiento(s) descritos en el consentimiento bajo información de _____. Documento que leí y firmé al calce.

Manifiesto bajo protesta de decir verdad, no haber omitido o alterado datos al exponer mi historial y antecedentes clínico-quirúrgicos, especialmente los referidos a alergias y enfermedades o riesgos personales.

Manifiesto bajo protesta de decir verdad, no haber realizado viajes al extranjero en los últimos 14 días, como tampoco haber estado en contacto con personas que hayan viajado al extranjero recientemente, o hayan presentado síntomas como: fiebre, tos, cefalea. Acompañados de al menos de uno de los siguientes síntomas: Disnea (dificultad respiratoria), dolor abdominal, Rinorrea (flujo de secreción por nariz) Conjuntivitis (inflamación del ojo), diarrea, dolor torácico, lesiones en la piel, Mialgias (dolor muscular), Odinofagia (dolor-ardor de garganta), Aralgias (dolor en articulaciones) alteraciones del olfato y el gusto en el mismo periodo de tiempo.

Manifiesto bajo protesta de decir verdad que a la presente fecha no soy caso sospechoso o confirmado de COVID-19.

En caso de haber sido diagnosticado con COVID-19 contestar lo siguiente:

Fecha en que fue diagnosticado _____

Fecha en que fue dado de alta _____

Requirió ser intubado () Sí () No

Conozco que se realizan los procesos de limpieza y desinfección general, de los espacios de áreas comunes, sala de espera, tránsito de personas, así como las medidas de prevención para la desinfección personal con el uso de gel antibacterial a todo paciente que llega y el lavado de manos.



Dermatológica

Dra. Adriana Gricel Pérez Uribe

Se me ha informado que el personal de atención realiza los procesos de control de infecciones cruzadas, como son: el lavado de manos en todo momento previo, durante y posterior a los procedimientos, ocupa equipo de protección personal nuevo y desechable para la atención de cada paciente, el mobiliario y equipo del cubículo de atención, así como todo el material que se usa para mi atención es previamente desinfectado y esterilizado. De la misma manera posterior a la atención que se realiza.

Entiendo que los hábitos de las personas que circulan en la calle, las áreas comunes, además de los procedimientos clínicos, por las características del virus, generan que me encuentre en el grupo de alto riesgo de contagio, esto disminuye con las medidas de control de infecciones antes mencionadas.

NOMBRE APELLIDO Y FIRMA DEL PACIENTE	NOMBRE APELLIDO Y FIRMA DEL TESTIGO
NOMBRE APELLIDO Y FIRMA DEL MÉDICO Y/O TERAPEUTA	NOMBRE APELLIDO Y FIRMA DEL MÉDICO

ESCRIBA CON SU PUÑO Y LETRA "RECIBO COPIA DE ESTE DOCUMENTO" Y FIRMA
