

CENTRO ELITE. CIRUGIA BARIATRICA

CONSENTIMIENTO INFORMADO. Anexo COVID-19



Yo..... con documento de identidad, certifico que he sido informado(a) de manera amplia y detallada acerca de la situación mundial y local relacionada con la pandemia secundaria a la infección por el coronavirus COVID-19. He sido informado(a) acerca de su presentación clínica, su modo de contagio y la posibilidad de adquirir la enfermedad durante mi estadía en la clínica o en mi recuperación post operatoria.

He sido informado(a) también que la clínica FOCAL INTERNACIONAL donde seré intervenido(a), cuenta con todas las disposiciones actuales y toda la normatividad vigente para las instituciones de salud en pro de minimizar la posibilidad de contagio por el virus y que mis cirujanos cuentan además con los equipos necesarios de protección personal para evitar un eventual contagio. Aun así, tengo claro que a pesar de todas las precauciones tomadas por mis médicos y por la institución de salud es imposible tener el riesgo de infección en 0%.

Tengo claro además qué en caso de llegar a adquirir la enfermedad, al ser la infección por COVID-19 una enfermedad pandémica con un período de incubación asintomático prolongado, no es posible determinar si se adquirió o no durante la atención intrahospitalaria.

He sido advertido(a) que mis visitas médicas serán restringidas y estaré sin acompañante durante la estancia hospitalaria.

Tengo conocimiento que la obesidad es un factor de riesgo adicional para la severidad clínica de la infección por COVID19 y en caso de desarrollarla en el postoperatorio estaré sometido(a) al riesgo adicional de complicaciones pulmonares y/o vasculares, pero en conjunto con mis cirujanos hemos valorado profundamente el balance riesgo – beneficio y consideramos que podemos proceder a realizar la cirugía.

Me han solicitado responder el cuestionario epidemiológico relacionado con la pandemia y lo he hecho de manera voluntaria y doy fe que lo he respondido con veracidad y responsabilidad.

El consentimiento informado es una expresión de mi autonomía la cual ejerzo después de una adecuada y profunda información acerca de la infección por COVID-19 la cual he entendido a cabalidad. He podido preguntar con tranquilidad todo lo que he querido y se me han aclarado todas mis dudas.

Por lo anterior, libre y voluntariamente autorizo al Dr LUIS ERNESTO LOPEZ GOMEZ a realizar la cirugía propuesta CIRUGIA BARIATRICA POR LAPAROSCOPIA

Firma del Paciente

Firma del Cirujano

Firma Testigo