

# CENTRO ELITE. UNIDAD DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA

## 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 el Centro Élite.

He sido informado(a) también que la clínica FOSUNAB CENTRO ELITE Unidad de endoscopia 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 médicos cuentan además con los equipos necesarios de protección personal para evitar un eventual contagio.

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 estaré sin acompañante durante la estancia en el Centro Médico.

Tengo conocimiento que se me va a efectuar un examen diagnóstico necesario para el mejor entendimiento y adecuado control de una posible enfermedad general que padezco y que puede ser un factor de riesgo adicional para la severidad clínica de la infección por COVID19. Igualmente me han explicado que existen factores de riesgo mayor como ser adulto mayor, padecer de diabetes, hipertensión y enfermedades respiratorias crónicas.

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 el procedimiento de ENDOSCOPIA DE VÍAS DIGESTIVAS (gastroscopia y/o Colonoscopia) y los procedimientos adicionales que considere pertinentes en mi caso

Firma del Paciente



Firma del Cirujano

Firma Testigo