

Use Ball Point Pen Only

COVID-19 PANDEMIC INFORMED CONSENT

Entiendo que el nuevo coronavirus, COVID-19, ha sido declarado pandemia mundial por la Organización Mundial de la Salud. Entiendo además que COVID-19 es extremadamente contagioso y se transmite por contacto de persona a persona y como resultado las agencias de salud federales y estatales recomiendan distanciamiento social.

Reconozco que mi médico y todo el personal de Randolph Health han puesto en marcha medidas preventivas razonables destinadas a reducir la propagación de COVID-19. Sin embargo, dada la naturaleza del virus, entiendo que existe un riesgo inherente de infectarse con COVID-19 en virtud de proceder con este tratamiento / procedimiento / cirugía. Reconozco y asumo el riesgo de infectarse con COVID-19 a través de este tratamiento/procedimiento/cirugía, y doy mi permiso para que mi proveedor y todo el personal de Randolph Health procedan con lo mismo.

Entiendo que incluso si me han hecho una prueba de detección de covid y recibo un resultado negativo de la prueba en algunos casos no se detecta el virus o puedo haber contraído covid después de la prueba. Entiendo que si tengo una infección por covid-19 y incluso si no tengo ningún síntoma continuar con este tratamiento / procedimiento / cirugía puede aumentar la probabilidad de complicaciones y muerte.

Entiendo que la posible exposición a COVID-19 antes/durante/después de mi tratamiento/procedimiento/cirugía puede resultar en lo siguiente:

- un diagnóstico positivo de COVID-19
- cuarentena prolongada / autoaislamiento
- pruebas adicionales
- hospitalización que puede requerir terapia médica, tratamiento de cuidados intensivos y posiblemente necesidad de intubación / apoyo del ventilador
- otras complicaciones potenciales
- riesgo de muerte

Además, después de mi tratamiento/procedimiento/cirugía, es posible que necesite atención adicional que puede requerir que vaya a una sala de emergencias o a un hospital.

Entiendo que COVID-19 puede causar riesgos adicionales, algunos o muchos de los cuales pueden no ser conocidos actualmente en este momento, además de los riesgos descritos en este documento, así como los riesgos para el tratamiento / procedimiento / cirugía en sí.

Se me ha dado la opción de diferir mi tratamiento / procedimiento / cirugía a una fecha posterior. Sin embargo, entiendo todos los riesgos potenciales, incluyendo pero no limitado a las posibles complicaciones a corto y largo plazo relacionadas con COVID-19, y me gustaría continuar con mi tratamiento / procedimiento / cirugía deseado.

Patient / Designee Signature: _____ **Date:** _____ **Time:** _____

Printed Designee Name: _____ **Relationship:** _____

Witness Print Name: _____

Witness Signature: _____ **Date:** _____ **Time:** _____

Practitioner Print Name: _____

Practitioner Signature: _____

Date: _____

Time: _____

