

	SISTEMA DE GESTIÓN Y CALIDAD F.L.S.O.	CÓDIGO: FOR-CE
	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA Y APOYO DIAGNOSTICO DURANTE EMERGENCIA POR COVID-19	FOR: CE:
	GUÍA ATENCIÓN DURANTE EMERGENCIA COVID-19 Anexo-2	VERSIÓN: 001
	CONSULTA EXTERNA	VIGENCIA:01-06-2020 TOTAL PAGINAS 2

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA Y APOYO DIAGNOSTICO DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA POR COVID-19 EN LA FUNDACIÓN LEONISTICA DE SALUD OCULAR**

**FECHA:** DÍA \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Bogotá, D.C.

**NOMBRES:** \_\_\_\_\_

**APELLIDOS:** \_\_\_\_\_

**DOCUMENTO:** CC\_\_\_\_ CE\_\_\_\_ TI\_\_\_\_ RC\_\_\_\_ PAS\_\_\_\_ MSI\_\_\_\_ ASI\_\_\_\_  
Otro\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ con identificación No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, por medio del presente documento manifiesto:

1. Que de manera detallada se me ha suministrado información completa, suficiente, con un lenguaje sencillo y claro.
2. Que se me ha explicado de manera clara que dada las limitaciones para la realización de la consulta de salud visual no presencial que se tienen en el marco de las modalidades de atención basadas en tele orientación o telemedicina, se considera indispensable que se me realice una atención presencial con el propósito de realizar una evaluación visual completa de todas las estructuras y función visual, que me ha sido brindada toda la información telefónica y para definir, complementar, o ajustar el plan de tratamiento de acorde a lo que he manifestado en la solicitud de la atención telefónica se requiere de una atención presencial.
3. Que se me ha explicado la naturaleza de la enfermedad por COVID-19, acerca del significado de caso sospechoso o confirmado del coronavirus COVID-19. Adicionalmente he recibido información en cuanto a su presentación clínica, síntomas, modo de contagio, medidas para evitar o mitigar el riesgo de contagio, posibilidad de sufrir la enfermedad, complicaciones o muerte.
4. Que se me ha explicado con claridad que, en el marco de la declaratoria de emergencia sanitaria decretada por el Gobierno Nacional, y dado que nos encontramos en fase de mitigación, desconfinamiento y apertura gradual existe un riesgo potencial de contagio por COVID-19 cada vez que suspenda el aislamiento preventivo, durante el desplazamiento o en la estancia en el consultorio aun cuando la Fundación Leonística de Salud Ocular haya tomado todas las medidas establecidas de Bioseguridad para la atención y para mitigar el riesgo de transmisión.
5. Que se me han explicado con claridad las medidas que se han tomado desde el Ministerio de Salud y Protección Social para mitigar el riesgo de transmisión durante los desplazamientos y en la

	SISTEMA DE GESTIÓN Y CALIDAD F.L.S.O.	CÓDIGO: FOR-CE
	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA Y APOYO DIAGNOSTICO DURANTE EMERGENCIA POR COVID-19	FOR: CE:
	GUÍA ATENCIÓN DURANTE EMERGENCIA COVID-19 Anexo-2	VERSIÓN: 001
	CONSULTA EXTERNA	VIGENCIA:01-06-2020 TOTAL PAGINAS 2

permanencia dentro del consultorio y la consulta, dentro de las cuales se encuentran, sin limitarse a ellas, mantener el distanciamiento social, el uso permanente de tapabocas y el lavado frecuente de las manos, y el ofrecer toda la **información en relación a posible contactos con pacientes POSITIVOS DE COVID -19 o SOSPECHOSOS ( se le hayan pedido prueba diagnóstica) .**

6. Que entiendo y reconozco la importancia de conservar las medidas de autoprotección que me han sido explicadas, y que el riesgo se aumenta considerablemente en caso de no cumplirlas.

7. Que reconozco el derecho y el deber del profesional de la salud o de la Fundación Leonística de Salud Ocular de suspender, aplazar o cancelar la consulta en caso de incumplir por mi parte con las medidas de autoprotección que me han sido previa y claramente explicadas, dada la necesidad de mitigar la propagación del virus en el país.

Que tras haberse cumplido lo anterior, doy mi consentimiento para asistir a la consulta presencial ordenada, y manifiesto expresamente mi compromiso de acatar durante los desplazamientos, la permanencia en el consultorio, y durante la consulta las medidas de autoprotección para mitigar el riesgo de contagio que me han sido previamente explicadas, y respecto de las cuales he podido realizar las preguntas que consideré pertinentes para aclarar las dudas.

Certifico que el contenido de este consentimiento me ha sido explicado en su totalidad, que lo he leído o me lo han leído y que entiendo perfectamente su contenido.

**FIRMA PACIENTE** \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL ACOMPAÑANTE** \_\_\_\_\_

**CC.** \_\_\_\_\_ **de** \_\_\_\_\_

**Nombre Profesional** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

**R.M.** \_\_\_\_\_

**Cargo:** \_\_\_\_\_