

COVID-19 Formulario de exención de responsabilidad

Debido al brote del nuevo Coronavirus, COVID-19, estamos tomando precauciones adicionales con la ingesta de cada cliente, revisión del historial de salud, así como prácticas de desinfección y saneamiento.

Entiendo que el nuevo Coronavirus (COVID-19) ha sido declarado una pandemia mundial por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Además, entiendo que COVID-19 es extremadamente contagioso y puede contraerse de varias fuentes. Entiendo que COVID-19 tiene un largo período de incubación durante el cual los portadores del virus pueden no mostrar síntomas y aun así ser contagiosos.

Entiendo que soy quien toma las decisiones sobre mi atención médica. Parte del papel de la oficina es brindarme información que me ayude a tomar decisiones informadas. Este proceso a menudo se denomina "consentimiento informado" e implica mi comprensión y mi acuerdo con respecto a la atención recomendada, los beneficios y riesgos asociados con la prestación de atención médica durante una pandemia. Dadas las limitaciones actuales de las pruebas del virus COVID-19. Entiendo que determinar quién está infectado con COVID-19 es excepcionalmente difícil.

Para proceder con cuidado, complete lo siguiente y firme a continuación

- Entiendo que mi tratamiento puede crear circunstancias, como la descarga de gotitas respiratorias o contacto de persona a persona, en el que se puede transmitir COVID-19
- Entiendo que estoy optando por un tratamiento electivo que puede no ser urgente o médicamente necesario, y que tengo la opción de aplazar mi tratamiento para una fecha posterior. Sin embargo, aunque entiendo los riesgos potenciales asociado con recibir tratamiento durante la pandemia de COVID-19, acepto continuar con mi tratamiento en ese momento.
- Entiendo que debido a la frecuencia de las citas con los pacientes, los atributos del virus y las características de los procedimientos, puedo tener un riesgo elevado de contraer COVID-19 simplemente por estar en un consultorio de atención médica.
- Confirmando que no estoy experimentando ninguno de los siguientes síntomas de COVID-19 que se enumeran a continuación: fiebre, boca seca, dolor de garganta, dificultad para respirar, secreción nasal, pérdida del gusto o del olfato.
- Entiendo que viajar aumenta mi riesgo de contraer y transmitir el virus COVID-19. Certifico que no he viajado en los últimos 14 días: 1. fuera de los EE. UU. a países que han sido afectados por COVID-19 o 2. a nivel nacional dentro de los EE. UU. por línea aérea comercial, autobús o tren
- Me informan que usted y nuestro personal han implementado medidas preventivas destinadas a reducir la propagación de COVID-19. Sin embargo, dada la naturaleza del virus, entiendo que puede haber un riesgo inherente de infectarse con COVID-19 al continuar con este tratamiento. Por la presente reconozco y asumo el riesgo de infectarme con COVID-19 a través de este tratamiento electivo y le doy mi permiso expreso a usted y al personal de su oficina para que procedan a brindar atención.
- me han ofrecido una copia de este formulario de consentimiento

CONOCIMIENTO Y VOLUNTAD CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO CON COMPRENSIÓN Y REVELACIÓN COMPLETAS DE LOS RIESGOS ASOCIADOS CON RECIBIR ATENCIÓN DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19. CONFIRMÓ TODAS MIS PREGUNTAS FUERON RESPONDIDAS PARA MI SATISFACCIÓN.

HE LEÍDO, O ME HE LEÍDO PARA MÍ, EL CONSENTIMIENTO INFORMADO SOBRE RIESGOS DE COVID-19 ANTERIORMENTE PARA TRATAR. APRECIO QUE NO ES POSIBLE CONSIDERAR TODAS LAS COMPLICACIONES POSIBLES DEL CUIDADO. TAMBIÉN HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE HACER PREGUNTAS SOBRE SU CONSENTIMIENTO Y, AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, ACEPTO LA RECOMENDACIÓN ACTUAL O FUTURA DE RECIBIR ATENCIÓN QUE SE CONSIDERE APROPIADA PARA MI CIRCUNSTANCIA. PRETENDO QUE ESTE CONSENTIMIENTO CUBRA TODO EL CURSO DE ATENCIÓN DE TODOS LOS PROVEEDORES DE ESTA OFICINA PARA MI CONDICIÓN ACTUAL Y PARA CUALQUIER CONDICIÓN FUTURA PARA LAS CUALES BUSQUE ATENCIÓN EN ESTA OFICINA.

Paciente Firma: _____	Madre/Padre Firma: _____	Testigo Firma: _____
Nombre _____	Nombre _____	Nombre _____
Fecha: _____	Fecha: _____	Fecha: _____