

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA O PROCEDIMIENTO ELECTIVO EN MARCO DE LA PANDEMIA POR COVID-19

FECHA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE:

\_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos o etiqueta de identificación)

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MÉDICO: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

(Letra Legible, puede utilizar TIMBRE)

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, de su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted revocar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

**Díganos si tiene alguna duda o necesita más información.** Le atenderemos con mucho gusto.

Mediante el presente instrumento, declaro libre y voluntariamente, y en pleno uso de mis facultades que:

- a) Se me ha proporcionado información completa, clara, oportuna y suficiente en relación a la patología o condición médica que presento y por la que he consultado, así como el balance entre los beneficios y los riesgos de la cirugía y/o procedimiento indicado por mi médico tratante y al que he decidido someterme libremente.
- b) Que la cirugía y/o procedimiento al que he decidido someterme libremente, corresponde a una cirugía y/o procedimiento electivo (y no de urgencia) en el contexto de la Pandemia actual por Covid-19.
- c) He sido clara y suficientemente informado acerca del alto riesgo de transmisión y contagio que caracteriza al virus Covid-19, considerando el comportamiento que éste ha presentado y teniendo en cuenta especialmente que el tiempo entre exposición al virus y la aparición de los primeros síntomas es bastante extenso, y durante el mismo sus portadores pueden estar asintomáticos y aun así ser altamente contagiosos. Que, en virtud de lo anterior, no es posible

asegurar un riesgo nulo de transmisión o contagio del referido virus, aun cuando se cuente con una PCR negativa y/o se cumplan todos los protocolos de prevención, seguridad e higiene establecidos en Clínica BUPA Santiago, conforme a las recomendaciones y medidas indicadas por la autoridad sanitaria.

- d) Estoy en conocimiento y entiendo que no se recomienda la realización de cirugías y/o procedimientos electivos para pacientes que han presentado durante los últimos 14 días, o presenten síntomas tales como pérdida del olfato, fiebre, tos, falta de aire, dolores musculares, fatiga u otros probablemente relacionados al virus Covid-19 y/o que hayan estado en contacto o cercanía con personas que presenten dichos síntomas y/o que hayan resultado confirmados para Covid-19. Que, en consecuencia, declaro que durante los últimos 14 días y hasta la fecha, no he presentado ninguno de los síntomas indicados previamente, y no he estado voluntariamente en contacto o cercanía con alguna persona que haya presentado dichos síntomas y/o haya resultado confirmada para Covid-19.
- e) Que he completado de manera fidedigna la encuesta entregada por mi médico tratante sobre la enfermedad COVID 19 (SARS-Cov-2).
- f) Que he sido clara y suficientemente informado acerca de las posibles condiciones y complicaciones que puede generar en la salud de un paciente, el contagio por Covid-19, que incluyen: complicaciones respiratorias graves que pueden terminar en ventilación mecánica y como complicación mayor, el fallecimiento.
- g) Que, sin perjuicio de todo lo señalado, y entendiendo todas las indicaciones y riesgos existentes dada la situación actual de Pandemia por Covid-19, consiento libremente en que se me practique la cirugía y/o procedimiento propuesto para mi condición o patología.

## II.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

---

En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal.

En el caso del MENOR DE EDAD, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento.

**En caso de menores de edad o pacientes sin capacidad de otorgar consentimiento**

Representante legal: \_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma paciente o representante legal

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico