

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CONSULTA OFTALMOLÓGICA PRESENCIAL EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA COVID 19

1) Características especiales que tiene una consulta oftalmológica presencial en el contexto de la Pandemia COVID 19 y medidas que ha tomado nuestra clínica.

Le informamos que nuestra clínica cumple con todos los estándares de bioseguridad exigibles en el marco de la Pandemia COVID 19, establecidos por las autoridades sanitarias y la Sociedad Colombiana de Oftalmología.

Esto incluye, entre otros recaudos: toma de la temperatura con termómetro de no contacto e higiene de manos al entrar a la clínica, medidas de limpieza y esterilización de los equipos médicos, insumos, mobiliario y espacios físicos, y utilización de equipos de protección personal de profesionales, técnicos y empleados administrativos.

A pesar de estas rigurosas precauciones, no se puede asegurar con certeza que no existe la posibilidad de contagio.

2) Modalidad alternativa de consulta: la “Teleconsulta”.

Usted tiene la posibilidad de efectuar una consulta a distancia (teleconsulta) desde un dispositivo electrónico (celular inteligente; computadora; tablet). Dicha consulta tiene, en muchos casos una finalidad orientativa, dado que en oftalmología el profesional tiene muchas limitaciones en la consulta a distancia porque depende, para hacer un examen completo, de muchos equipos solo disponibles en un consultorio.

3) Se le solicita a cada paciente que cumpla con las siguientes medidas sanitarias:

Le solicitamos el estricto cumplimiento de las siguientes medidas sanitarias necesarias para minimizar recíprocamente el riesgo de contagio: respetar la distancia interpersonal de, como mínimo, 1,5 metros; el uso obligatorio de tapabocas (cubre nariz y boca) durante todo el tiempo de su permanencia en nuestra clínica; el lavado exhaustivo de manos antes y después de la consulta; respetar exactamente el horario de consulta acordado (no llegar con mucha anterioridad al horario fijado) y no permanecer en nuestra clínica una vez terminada su consulta a los efectos de no coincidir ni interactuar mucho tiempo con otros pacientes; de ser imprescindible puede estar acompañado por solo una persona.

4) Es importante que usted confirme con su firma en este consentimiento las siguientes condiciones de su estado de salud general y circunstancias personales:

A. Que en los últimos 14 días incluyendo hoy:

- No ha tenido una temperatura mayor a 37.5 grados (“de fiebre”);
- Que no ha tenido dolor de garganta;
- Que no ha tenido tos;
- Que no ha padecido dolor muscular;
- Que no ha padecido pérdida del olfato;
- Que no ha padecido pérdida del gusto;
- Que no ha tenido dificultad para respirar.

B. Que en los últimos 14 días: no ha estado en contacto con casos confirmados de COVID 19 (excluyendo personal sanitario que haya tenido las precauciones pertinentes y su consulta sea absolutamente necesaria) o que no haya viajado fuera del país.

5) Con mi firma confirmo que he entendido el texto de este documento y que NO he presentado ni presento ninguno de los 7 síntomas enumerados en el punto anterior ni las circunstancias personales detalladas.

Firma del Paciente (o representante legal cuando corresponda)

Nota: Para no imprimir este documento puede firmar desde su dispositivo en el correo enviado

Nombre del paciente (o representante legal cuando corresponda)

Documento de Identidad: _____