

Fecha AAAA   MM   DD	Ciudad	Historia Clínica No.
Nombre completo del paciente (primero Nombres, luego Apellidos)		Tipo de Identificación <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> Otro
		Número de Identificación

\_\_\_\_\_ identificado con \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_, actuando en calidad de acompañante del paciente \_\_\_\_\_, por medio del presente documento manifiesto: Que de manera detallada se me ha suministrado información completa, suficiente, con un lenguaje sencillo y claro. El profesional de la salud me ha explicado la naturaleza de la enfermedad, acerca del significado de caso sospechoso o confirmado del coronavirus COVID-19 en cuanto a su presentación clínica, modo de contagio, medidas para contenerla, posibilidad de sufrir la enfermedad, complicaciones o muerte, mientras permanezca como acompañante del paciente.

Que se me ha explicado que las infecciones respiratorias agudas son provocadas por diferentes virus o bacterias; se transmiten de persona a persona cuando tienen contacto estrecho (a menos de 1 metro de distancia) con un enfermo; por ejemplo, al vivir bajo el mismo techo, compartir la misma sala de un hospital o cuidar a un enfermo sin la medida de protección, ya que se transmite a través de la saliva, el moco y secreción de los ojos. En la mayoría de los casos se ha presentado fiebre, tos y dificultad para respirar. Las enfermedades pueden agravarse y llegar hasta la muerte. La infección por el nuevo coronavirus COVID-19 hace parte de este grupo. Una de las finalidades como IPS es intensificar actividades de detección, diagnóstico y manejo, no solo para COVID-19, sino para las Infecciones Respiratorias Agudas Graves – IRAG- en general.

Que he podido hacer las preguntas relacionadas con dicha enfermedad y se me han respondido en forma satisfactoria; así mismo se me ha explicado que voy a estar en riesgo de contagiarme mientras permanezca junto a él. Que tras haberse cumplido lo anterior, doy mi consentimiento para permanecer como acompañante mientras dure el proceso de la enfermedad de mi acompañado en el servicio \_\_\_\_\_, atendiendo el estricto cumplimiento de las normas de la entidad.

Que uno de los desenlaces que puede presentarse es el fallecimiento del paciente, por lo que todos los familiares y personas que intervienen en el manejo y traslado del paciente, por protección y con el fin de mitigar la diseminación de la infección, deben cumplir las normas de bioseguridad (adecuado aislamiento, limpieza y aseo profundo), garantizar una distancia de 2 metros y procurar manipular el cuerpo lo menos posible.

En cumplimiento del principio de precaución y teniendo en cuenta que se trata de un evento de interés de salud pública, para los pacientes que fallezcan y cumplan criterios de caso sospechoso o confirmado para infección por COVID-19 o Infección respiratoria aguda, aunque NO tenga nexos epidemiológicos, queda restringida, con algunas excepciones, la realización de necropsias y se recomienda siempre la cremación del cuerpo. Que en caso de considerar sospecha por COVID-19, se requerirá realizar la toma de muestras post mortem si no se ha llevado a cabo previamente.

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 del acompañante  
C.C. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre personal de la institución de Salud  
C.C. \_\_\_\_\_  
Cargo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de personal de la institución de Salud