

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS DE DERMATOLOGIA Y/O CIRUGIA PLASTICA, ESTETICA Y RECONSTRUCTIVA DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA POR COVID-19	ADM-RE-03
		VERSIÓN 1
		PÁGINA 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DERMATOSCOPIA DIGITAL (MAPEO)

Nombre:

Tipo de Identificación:

Número de Identificación:

Entidad:

Procedimiento:

Cantidad:

El día de hoy vamos a realizar un mapeo por dermatoscopia digital que consta en la toma de fotografías clínicas tanto de los lunares del paciente, como de las áreas corporales donde estos se encuentren. Por lo general se realizan fotos de cada área corporal, y de cada lunar de interés, lo que varía en cada paciente, dependiendo del número de lesiones desde una hasta más de 100 fotografías, las cuales serán archivadas en la historia clínica del paciente y posteriormente serán enviados todas las imágenes al correo que el paciente proporcione para que este quede en posesión tanto de las imágenes como del reporte escrito del mapeo corporal.

El Médico Especialista me ha explicado la naturaleza y propósito del procedimiento, así como las ventajas y alternativas del tratamiento propuesto, se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y he recibido respuestas suficientes y satisfactorias. Se me ha informado que el examen consta únicamente de la toma de fotografías y por ende no genera efectos adversos como dolor o secuelas.

El pasado 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud – OMS anunció que el brote de Coronavirus COVID – 19 es una pandemia. Con ocasión de ello, el Ministerio de Salud y Protección social declaró la emergencia sanitaria en todo el territorio nacional (Res. 385 de 2020). En consecuencia, la Presidencia de la República expidió el Decreto 457 del 22 de marzo, 531 del 08 de abril, 593 del 24 de abril y 636 del 06 de mayo de 2020, en los que ordenó el aislamiento preventivo obligatorio y limitó la circulación de los ciudadanos a nivel nacional a excepción de las personas que allí se señalan. El objetivo del presente documento es informar detalladamente acerca de las implicaciones médicas de ser atendido en las instalaciones del CDCD Ltda. durante el período de aislamiento preventivo obligatorio por COVID-19, con el propósito de que pueda valorar con pleno conocimiento, tanto los beneficios que puede obtener del procedimiento que se le va a realizar el día de hoy, atención, así como sus riesgos y posibles complicaciones. Sólo usted puede determinar si debe someterse al procedimiento en el marco actual de los lineamientos establecidos por las autoridades nacionales y territoriales. Tómese todo el tiempo que requiera para decidir antes de firmar este consentimiento. Tiene derecho a hacer preguntas a su médico sobre este procedimiento, y se le recomienda hacerlo, antes de aceptarlo. El COVID -19 es un virus altamente contagioso por varios motivos. Puede ser adquirido a través de cualquier mucosa, boca, nariz y ojos mediante mecanismo por aerosol o a través de las manos después de tocar superficies contaminadas. Existen portadores que no manifiestan ningún síntoma los cuales también son fuentes de contagio. Los síntomas más comunes de esta infección son respiratorios, fiebre, deterioro del estado general, dolor de garganta, pérdida del olfato o el gusto y en menor frecuencia diarrea o conjuntivitis. También constituyen factores de riesgo el contacto con pacientes con coronavirus o sospechosos, a menos de un (1) metro por más de 15 minutos; haber hecho viajes a países con el virus; o, el contacto con pasajeros del exterior en las últimas dos (2) semanas. El tener más de 70 años o ser menor, pero tener alguna enfermedad de base no controlada en el último trimestre, hacen al paciente más vulnerable de adquirir y desarrollar la enfermedad con complicaciones. Por lo tanto, si tiene alguna de las condiciones anteriores es su deber informar. En caso de contagio o síntomas sospechosos es necesario que re programe nuevamente su visita al menos dos (2) semanas después de que cesen todos los síntomas.

El mapeo corporal requiere en algunos casos de contacto y una proximidad menor a un (1) metro de distancia con cada paciente, por lo que se considera un procedimiento de riesgo de contagio tanto para el paciente como para el profesional de la salud. Por este motivo, como medida de prevención, debe evitar hablar mientras esté cerca del personal médico o administrativo que lo esté atendiendo. Es necesario recalcar que, a pesar de todas las medidas de protección entre usted y los funcionarios del CDCD Ltda., no es posible garantizar que no habrá riesgo de contagio y en este sentido es importante que cumpla con todas las instrucciones que le brinde el personal para su ingreso, atención y cuidado, y así mismo comunique si presenta cualquier síntoma de infección respiratoria para proceder como corresponda.



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS DE DERMATOLOGIA Y/O CIRUGIA PLASTICA, ESTETICA Y RECONSTRUCTIVA DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA POR COVID-19

ADM-RE-03

VERSIÓN 1

PÁGINA 2

Queda a su voluntad decidir libremente el permitir que se le practique el estudio en mención.

DECLARACIONES DEL PACIENTE / ACUDIENTE En virtud de lo anterior, manifiesto estar de acuerdo con la atención que se me va a brindar. Declaro que he leído (o me han leído) este documento y doy mi consentimiento de manera libre y espontánea para que se me practique el mapeo corporal total por dermatoscopia digital. Autorizo que se tomen fotografías de las partes de mi cuerpo donde presento las lesiones a estudiar, y que estas fotografías sean archivadas en mi historia clínica y me sean enviadas al correo electrónico que yo proporcione cuidando siempre la integridad de mi persona mediante medios adecuados para su acceso.

He comprendido que el estado de mi salud después de la atención prestada también depende de mi compromiso para adherirse al seguimiento de las indicaciones que he recibido antes, durante y después del servicio en relación con las medidas de protección para evitar el contagio, así como las propias de mi enfermedad, el seguimiento a los controles y a la aplicación de los medicamentos de acuerdo con las órdenes médicas. He entendido las explicaciones que se me han dado, se me ha permitido realizar todas las observaciones y me han aclarado todas las dudas y preguntas que he planteado. También comprendo que, en cualquier momento previo a la atención puedo revocar el consentimiento firmando este documento. Por lo anterior, manifiesto que me considero satisfecho con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este procedimiento, y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice.

Manifiesto que el Dermatólogo ha tomado todas las medidas de control, protección y prevención de contagio contra el coronavirus COVID-19, pero aun así, sé que no es posible eliminar cien por ciento (100%) el riesgo de contagio, de manera que, si eso me llega a ocurrir, exoneró, libero de toda responsabilidad por este eventual hecho al CENTRO DE DERMATOLOGIA Y CIRUGIA DERMATOLOGICA DEL COUNTRY CDCD LTDA., renuncio a adelantar cualquier acción extrajudicial o judicial en materia civil, disciplinaria y penal en su contra. Si presenta algún signo de alarma, se me ha informado que puedo acercarme al servicio de urgencias más cercano o al CDCD LTDA. Entiendo que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y todos los espacios en blanco han sido contemplados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión.

NOMBRE DEL PACIENTE
IDENTIFICACION DEL PACIENTE
PACIENTE

NOMBRE DEL MEDICO
IDENTIFICACION DEL MEDICO
REGISTRO MEDICO
ESPECIALIDAD

•