



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

ADM-RE-02

VERSIÓN 1

PÁGINA 1

## CONSENTIMIENTO INFORMADO TRATAMIENTOS FACIALES

Nombre:

Tipo de Identificación:

Número de Identificación:

Entidad:

Procedimiento:

Cantidad:

El Médico Especialista me ha explicado la naturaleza y propósito del procedimiento y aplicación de anestesia local si se requiere, 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 de los siguientes riesgos, efectos colaterales y complicaciones previsibles: REACCIÓN A LA ANESTESIA LOCAL, APLICADA, CICATRIZ, INFECCIÓN, HEMATOMA, PERSISTENCIA, REPARACION DE LESIÓN DOLOR, REINTERVENCIÓN, CAMBIOS EN LA COLORACIÓN DE LA PIEL, NECESIDAD DE VARIAS SESIONES, COSTRAS, AMPOLLAS, ALERGIAS.

### INFORMACIÓN GENERAL

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.

### ¿QUÉ IMPLICA SER ATENDIDO DURANTE EL TIEMPO QUE DURE LA PANDEMIA?

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.



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

ADM-RE-02

VERSIÓN 1

PÁGINA 2

El procedimiento Dermatológico y/o de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, 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.

Queda a su voluntad decidir libremente el permitir que se le practique la consulta y/o el estudio diagnóstico y/o procedimiento menor o seguimiento de su dolencia o enfermedad.

**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 la atención especializada en Dermatología y/o Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, examen o procedimiento.

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 y/o Cirujano Plástico, Estético y Reconstructivo 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

.