

 	MANUAL DE GESTION DOCUMENTAL	Versión:	1
		Fecha:	Agosto 2022
		Código:	F-CE-129
		Página	1 de 2

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN PRESENCIAL EN CONTINGENCIA POR COVID 19

Yo, _____ identificado (a) con documento de identidad _____ N° _____ entiendo que, a pesar del cumplimiento de las normas de bioseguridad implementadas en las instalaciones de UNIMAP EU, debido a la presencia de otros pacientes, a las características del virus y del mismo proceso de la atención médica y/o procedimientos de promoción y mantenimiento de la salud, existe un riesgo elevado de contraer el virus por el sólo hecho de salir de mi domicilio y permanecer en las instalaciones donde han estado otros pacientes.

Entiendo que el virus del COVID-19 tiene un periodo de incubación de aproximadamente 5-7 días por lo tanto los portadores pueden ser asintomáticos y por tal motivo es mi responsabilidad del cumplimiento de todas las medidas de bioseguridad como el uso de tapabocas, lavado de manos al ingreso y salida de la IPS, estornudar en la parte interna del codo, permanecer a mínimo 2 metros de distancia con otras personas, asistir sólo(a) a la consulta programada y procurar hacer los procesos de manera ágil para no congestionar el servicio.

Entiendo que la trasmisión más importante del virus es por medio de gotitas, fómites o aerosoles seguido del contacto con elementos inertes contaminados.

Dejo constancia que el motivo de mi consulta no tiene relación con ningún síntoma de tipo respiratorio ni de otro que sospeche infección por COVID-19, así como también dejo constancia que no he estado en contacto estrecho con ninguna persona sospechosa o positiva para COVID-19, no padezco de ningún antecedente de salud que genere aún más riesgo para mí como Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Obesidad, Enfermedad Renal Crónica, Artritis Reumatoide, Cáncer, VIH o cualquier otra enfermedad que debilite mi sistema inmune.

He sido informado(a) que los lineamientos de todas las organizaciones de salud nacionales e internacionales, ante la situación de la pandemia actual, recomiendan que la asistencia presencial a instituciones de salud sea sólo en casos donde el beneficio supere al riesgo y que en lo posible las atenciones se las realicen de forma telefónica siempre y cuando el motivo de mi consulta así lo permita.

Sede Mocoa: Avenida Colombia Cra 9ª No. 14-87 Teléfonos: 4295375 – 4295814 – 4205840 – 4204109-4296342
E-Mail: gerenciaunimap@gmail.com - administracionyfinanzas@unimapeu.com - gestioncalidad@unimapeu.com - siau@unimapeu.com

Sede Pasto: Cra 34 No. 20-101, Barrio la Rivera, Avenida los estudiantes, teléfono 7310875

Sede Sibundoy: Cra 20 No. 16-62, barrio Castelví, teléfono 4261253, Puerto Asís: Calle 12 No. 24-14, barrio San Nicolás, teléfono 4228597

	MANUAL DE GESTION DOCUMENTAL	Versión:	1
		Fecha:	Agosto 2022
		Código:	F-CE-129
		Página	2 de 2

Dejo constancia que he leído, entendido y estoy de acuerdo en la totalidad del contenido de este documento y firmo de manera libre y voluntaria.

Firma del paciente o responsable

Número de documento: _____

Teléfono: _____

Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas y riesgos del procedimiento y he contestado todas las preguntas. Considero que el(la) paciente comprende todo lo explicado.

Firma del Profesional

Nombres completos: _____

Número de documento: _____

Registro médico: _____

Se firma a los ____ días del mes _____ de 2020.