



Caronti 86 – Bahía Blanca
Tel/fax: 0291 455-2929
WhatsApp: 2914061344
Mail: secretaria@colmedx.org.ar
www.colmedx.org.ar

Colegio de Médicos
Provincia de Buenos Aires
Distrito X

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ASISTENCIA MÉDICA AMBULATORIA PROGRAMADA

El presente cuestionario reviste carácter de declaración jurada en el marco de la emergencia sanitaria, en virtud de la pandemia declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en relación con el nuevo coronavirus (COVID-19), por lo que requiere suministrar la siguiente información personal y sanitaria:

CUESTIONARIO PARA EL PACIENTE (tachar lo que no corresponda)

LOCALIDAD _____ FECHA _____ HORA _____

APELLIDO Y NOMBRE _____ DNI _____

¿Tiene fiebre de más de 37.5° o ha tenido en los últimos 14 días? SI / NO

¿Ha tenido tiene patologías respiratorias, tos, dolor de garganta, falta de olfato o del gusto en los últimos 14 días ? SI / NO

¿Ha viajado a otras zonas o localidades del país en los últimos 14 días? SI / NO

¿Ha estado en contacto con un caso confirmado o probable de Covid-19 en los últimos 14 días? SI / NO

¿Tiene fiebre de más de 37.5° o ha tenido en los últimos 14 días? SI / NO

Al ingresar al consultorio me han interrogado si presenté sintomatología compatible con Covid-19 en los últimos 7 (siete) días: Fiebre de más de 37,5 ° – Tos persistente – Dolor de Garganta – Pérdida del gusto y/o del olfato, las que he informado como NO existentes a la fecha.

Se me informa y tomo conocimiento que en este lugar de atención ambulatoria se están tomando todas las medidas de bioseguridad correspondientes y exigidas por la Autoridad Sanitaria Nacional y Provincial, cumpliéndose además con las recomendaciones para el manejo de circulación de pacientes en consultorios periféricos dictadas por el Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires Distrito X, en el marco de la pandemia.

Asimismo se me ha informado que dadas las características del CORONAVIRUS, COVID-19, su alta contagiosidad, existencia de pacientes asintomáticos, requerimientos de distanciamiento social, aún adoptándose las medidas de bioseguridad antedichas, las mismas NO garantizarían en un 100% la posibilidad de evitar contagios.

He podido preguntar y he comprendido todo lo informado.

Bahía Blanca, de de 2020.

Firma del Paciente

Aclaración:

DNI Nro.

Firma del Profesional

Aclaración:

Matrícula Nro.