

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN Y TRATAMIENTO COVID-19/CDS

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
LUGAR Y FECHA: _____ HORA: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____
IDENTIFICADO CON: _____
NOMBRE DEL FAMILIAR RESPONSABLE: _____
PARENTESCO: _____
IDENTIFICADO CON: _____

Dejo constancia que he sido ampliamente informado(a) por el médico/a tratante sobre la evolución actual de mi enfermedad, la que consiste en una infección probablemente causada por el virus covid-19 y hace necesario mi tratamiento, incluyendo el consumo de Dioxido de Cloro, sustancia que no ha sido aprobada para consumo humano pero que ante esta situación se me ha propuesto recibirlo como tratamiento bajo una modalidad llamada "FUERA DE PROSPECTO O USO OFF LABEL", significa la posibilidad de utilizar una sustancia para una indicación distinta por la que oficialmente se encuentra registrado y autorizo su uso, en la medida que no existan tratamientos alternativos, y que la evolución de la afección padecida signifique una amenaza para la salud y/o integridad y/o vida de la persona que la padece.

Se me ha explicado, y he comprendido que por el momento es la única alternativa terapéutica disponible para el tratamiento y que se seguirá el esquema de tratamiento indicado. El cual se podrá ir modificando en el tiempo según la evidencia disponible, comprendo que dicho sustancia puede tener interacciones con mis medicamentos previos.

Soy consciente que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el profesional me ha informado adecuadamente del objetivo buscando con el tratamiento, no me ha sido garantizada la obtención del mismo.

Expreso que he podido realizar todas las consultas que me surgieron, y que las mismas han sido respondidas, habiendo comprendido los beneficios, riesgos y ausencia de alternativas disponibles al tratamiento propuesto, consiento la iniciación del protocolo propuesto.

Así también me ha explicado las posibles complicaciones inherentes a la sustancia que pueden presentarse de forma súbita y requerir atención inmediata, pudiendo derivar complicaciones mayores o menores potencialmente serias, riesgo de mortalidad, tratamientos complementarios médicos o quirúrgicos, Dichas complicaciones unas veces propias de la sustancia tales como irritación de la boca, el esófago y estómago, náuseas, vómito y diarrea, además de trastornos cardiovasculares y renales. Otras propias de mi estado previo de salud como:

También se me ha explicado la posibilidad de requerir hospitalización pudiendo requerirse el uso de respirador artificial. Así también he sido enterado(a) de la necesidad de mi aislamiento y la probabilidad de ser trasladado(a) a otra unidad hospitalaria. Autorizo al Dr. Manuel Aparicio Alonso efectuar la documentación por fotografía o digitalización, con fines científicos, académicos y educativos, con la privacidad correspondiente.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE Y FIRMA DEL FAMILIAR RESPONSABLE DEL
PACIENTE, REPRESENTANTE LEGAL O TUTOR

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO

TESTIGO

TESTIGO

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN Y TRATAMIENTO COVID-19/CDS

Consiento el derecho a **REVOCAR** el consentimiento presentado en fecha _____, siendo mi voluntad no continuar con la administración procedimiento y finalizo eximiendo de toda responsabilidad al médico tratante, una vez que se me ha explicado y he comprendido los alcances de dicha suspensión.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE Y FIRMA DEL FAMILIAR RESPONSABLE,
REPRESENTANTE LEGAL O TUTOR

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO

TESTIGO

TESTIGO

Consiento mi derecho a **NEGAR** se realicen los procedimientos objeto de este consentimiento siendo mi voluntad no otorgar dicha autorización, una vez que se me ha explicado y he comprendido los alcances de dicha negación por lo que finalizo eximiendo de toda responsabilidad al médico tratante.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE Y FIRMA DEL FAMILIAR RESPONSABLE,
REPRESENTANTE LEGAL O TUTOR

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO

TESTIGO

TESTIGO