



ENCUESTA PARA PACIENTES ASISTENTES A CONSULTA Y CONSENTIMIENTO COVID-19

Código: FO-CA-089.1

Versión: 1

Fecha de elaboración: Abril de 2020

Elaborado por: Jaime Galeano y María Victoria Múnera.

Aprobado por: Juan Ricardo Márquez

Siguiendo los lineamientos dados por el Ministerio de Salud y Protección Social y el área de seguridad y salud en el trabajo para la atención de la contingencia sanitaria por el COVID19, a partir de la fecha para la asignación de toda cita ya sea médica o terapéutica en el Instituto de Coloproctología ICO S.A.S. se deberá aplicar a cada usuario el siguiente chequeo.

Ítem	Pregunta	Si	No	Observaciones
1	Ha tenido contacto en los últimos 14 días con un caso confirmado de coronavirus 2019 (COVID-19). Si la respuesta es positiva verifique información de "CONTACTO ESTRECHO"			
2	Ha tenido fiebre de más de 37.5°. Indague si está consumiendo medicamentos anti inflamatorios y/o acetaminofén.			
3	Ha tenido tos, estornudos, dificultad respiratoria o aumento de secreción por la nariz.			
4	Ha presentado fatiga, dolor en las articulaciones o malestar general.			
5	Ha sentido dolor de garganta.			
6	Ha sentido en los últimos días disminución en la percepción de olores o alteración del olfato.			
7	Ha viajado en los últimos 15 días por fuera de la ciudad.			
8	Padece otras enfermedades como: Diabetes, hipertensión, cáncer, insuficiencia renal, artritis, EPOC, asma, hipotiroidismo.			
9	Para mujeres: Esta lactando en estos momentos.			
10	Para mujeres: Tiene sospechas de estar embarazada actualmente.			

Si el usuario responde positivamente a alguna de las preguntas 1 a 7, se recomienda programar la cita con un intervalo superior a 14 días.

Si el usuario responde positivamente a alguna de las preguntas 8 a 10, el paciente deberá tomar medidas de prevención adicionales recomendadas por su médico o EPS.

Recomendaciones de comportamiento durante la permanencia en el

Instituto de Coloproctología ICO SAS.

1. En lo posible asistir sin acompañante, si se requiere acompañamiento ir solo con 1 persona.
2. Ingresar al Instituto portando tapabocas cubriendo completamente nariz y boca.
3. Realice desinfección de manos en las áreas definidas por el Instituto antes de tener contacto con el personal y con elementos como documento de identidad, celular, documentos, dinero, entre otros.
4. Evite llevarse las manos a la nariz, boca, ojos y rostro en general.
5. Procure mantener una distancia mínima de 1,5 metros tanto con el personal del Instituto como con otros usuarios.
6. Si en un periodo inferior a 14 días posterior a la atención en el Instituto usted es confirmado como positivo para COVID19, notifíquelo a la línea telefónica: **3206916393 (mensaje por whatsapp)**

Fecha: ___ / ___ / _____

Nombre del Paciente: _____

Identificación: _____

Edad: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Señor usuario, queremos informarle que el Covid 19 es una enfermedad muy contagiosa, que hay varios riesgos que son inherentes a esta enfermedad y que ella se puede adquirir en cualquier sitio público, incluyendo cualquier centro de atención médica, siendo muy difícil tener claro el origen y la trazabilidad del contagio. Las clínicas, el personal de la salud y en especial el Instituto de Coloproctología hemos tomado las medidas de protección necesarias para usted y todo el personal de salud con el propósito de bajar el riesgo de contagio, pero a pesar de todo esto pueden presentarse contagios. Tenga presente que si usted adquiere el Covid 19 en una etapa postoperatoria (luego de un procedimiento quirúrgico) el riesgo de muerte es mayor que en condiciones normales. Tenga en cuenta que si usted posee alguna enfermedad de base tales como como diabetes, hipertensión, dislipidemias, problemas de obesidad, falla cardíaca, enfermedades autoinmunes y otras patologías, tiene mayor riesgo de enfermarse gravemente.

En caso de que usted requiera y/o acepte practicarse una cirugía, se firma este documento de común acuerdo aceptando todos estos riesgos y se deja constancia para usted, su familia, su seguro médico, el grupo de médicos, especialistas y profesional de la salud que intervienen en esta cirugía. Por tal motivo al firmar este acuerdo, reconozco la naturaleza contagiosa de COVID-19 y asumo voluntariamente el riesgo de que pueda estar expuesto o infectado por COVID-19 al asistir al instituto y que dicha exposición o infección pueda resultar en lesiones personales, enfermedad, incapacidad permanente y muerte. En mi nombre, y en el de mi familia, libero, me comprometo a no demandar, eximo de responsabilidad al Instituto, a sus empleados, agentes y representantes, de las reclamaciones, incluyendo todas las responsabilidades, reclamos, acciones, daños, costos o gastos de cualquier tipo que surjan de o estén relacionados con ellas. Entiendo y acepto que esta exención incluye cualquier reclamación basada en las acciones u omisiones del Instituto, sus empleados, agentes y representantes, ya sea que la infección por COVID-19 ocurra antes, durante o después de la presentación del servicio.

Como paciente del Instituto de Coloproctología dejo constancia que:

- La información suministrada sobre mi estado de salud con relación a la COVID19 es verdadera y me comprometo a seguir sus instrucciones de protección.
- He sido informado sobre los posibles riesgos a los que estoy expuesto al visitar esta institución de salud.

Señalar con una equis (X)

- Si ___ No ___ Autorizo al Instituto de Coloproctología ICO S.A.S. para usar la información de mi historia clínica con fines de investigación académica y científica sin que mis datos personales sean publicados, manteniendo siempre la confidencialidad de ellos.

Firma del paciente: _____

Documento de identidad _____

Profesional de la salud: _____

Registro: _____