

# Consentimiento Informado Hospitalización de Pacientes COVID-19 Positivos

**Dirección Médica**

## Consentimiento Informado Hospitalización de Pacientes COVID-19 Positivos

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....  
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: .....Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento: .....Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....  
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: .....Edad:.....

Con Domicilio en: .....

Ciudad: .....Comuna:.....

En calidad de:.....  
(Representante legal o familiar responsable)

**DECLARO:**

Que: El / La Dr (a) : .....

Me ha indicado la siguiente información

El objetivo de este documento es informarle de los riesgos que tiene usted (paciente) o su familiar al requerir la hospitalización por COVID-19.

La indicación de hospitalización está dada por la necesidad de monitorización clínica, sea intermitente o intensiva. Esto depende del compromiso clínico y el peligro potencial de riesgo vital, siendo la finalidad del manejo reducir el riesgo de complicaciones y de letalidad.

Para lograr este objetivo, nuestros profesionales tanto médicos como enfermeras utilizan una serie de procedimientos y técnicas especiales, que son necesarias para lograr la estabilidad clínica; las punciones arteriales y venosas, la punción pleural y lumbar, el uso de medicamentos en altas dosis y el uso de respiradores invasivos (incluyendo ventilación en pronó), uso de circulación extracorpórea son algunas de ellas.

El área de hospitalización se definirá de acuerdo a la gravedad del caso, siendo en los casos extremos la Unidad de Cuidados Intensivos.

Las intervenciones que se realizan a los pacientes son no invasivas e invasivas. En algunas circunstancias las intervenciones invasivas deben realizarse como urgencia, debido al riesgo potencial para el paciente, porque hay compromiso orgánico o incluso por riesgo vital. En estos casos las intervenciones deben ser realizadas sin consultar con la familia o el paciente, excepto que previamente se haya decidido en conjunto con el médico tratante no realizar algunas medidas, siendo éstas claramente definidas.

## **PROCEDIMIENTOS REALIZADOS**

Los procedimientos descritos a continuación son parte del conjunto acciones médicas destinadas al diagnóstico y tratamiento. Dependerá del equipo médico y de acuerdo a las guías clínicas que conducta seguir en cada caso en particular.

- 1) Punción pleural, lumbar, venosa y arterial: pueden producir hemorragias, infecciones o trombosis. Algunas de estas complicaciones a veces requieren resolución quirúrgica.
- 2) Se pueden requerir otras punciones: para drenaje de colecciones u obtener líquido de cavidades con fines de estudio diagnóstico o terapéutico.
- 3) Instalación de catéteres venosos centrales: puede conllevar a neumotórax, trombosis e infecciones.
- 4) Ventilación mecánica invasiva: puede dar lugar a infecciones, y complicaciones derivadas del uso del ventilador como Neumotórax.

- 5) Instalación de sondas: nasogástrica, yeyunal o urinaria, pueden causar sangrados e infecciones.
- 6) Medicamentos que alteran la coagulación sanguínea: puede dar lugar a hemorragias. Su gravedad depende de la cantidad y del sitio en que se produzcan.
- 7) Los medicamentos en general pueden producir reacciones alérgicas o tóxicas
- 8) Las maniobras de reanimación: al producirse un paro cardíaco o respiratorio, pueden ocasionar lesiones en las costillas, la piel o algunos órganos.
- 9) En la intubación: pueden ocurrir complicaciones traumáticas de la vía aérea superior, sangrados o lesiones orales o dentales.
- 10) En ocasiones será necesario transfundir a los pacientes con algún hemoderivado: sangre, glóbulos rojos, plaquetas, plasma y ello puede ocasionar reacciones adversas: fiebre, escalofríos, hipotensión arterial. El deseo de no ser transfundido debe manifestarse previamente al médico tratante.
- 11) Diálisis y Plasmaféresis son procedimientos que también pueden tener complicaciones derivadas tanto del procedimiento en sí, como embolismo e infecciones, así como de la instalación de los catéteres necesarios para realizarlas.

Con la información disponible en el momento de realizar los procedimientos, se estima que los beneficios derivados de las medidas tomadas superan a los perjuicios de sus complicaciones, que en algunos casos pueden ser muy graves e incluso producir la muerte. La evidencia científica disponible muestra una mayor tasa de mortalidad en pacientes COVID-19 positivos que se someten a una cirugía. En cada caso particular, el médico informará en específico su diagnóstico y condición para obtener una apreciación personalizada.

Es importante saber que todo paciente COVID-19 positivo deberá ser aislado según los protocolos locales y de acuerdo a la norma ministerial. Todos los casos serán notificados según lo que está determinado por la Autoridad Sanitaria. Para su tranquilidad, este manejo protocolizado es llevado a cabo en toda la institución. En la misma línea, se restringen las visitas por parte de familiares y personal de la Clínica les instruirá acerca de los protocolos que deberán seguir.

**En mi caso particular puedo presentar riesgos adicionales:**

.....

.....

.....



Si desea más información, puede solicitarla al médico residente de turno y a su médico tratante.  
He recibido información clara, completa y suficiente acerca de este consentimiento informado.  
He comprendido el contenido de este documento y acepto la puesta en práctica de las medidas que se requieran.

**CONSENTIMIENTO:**

Y en tales condiciones **CONSIENTO** y acepto la puesta en práctica de las medidas que se requieran.

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable: .....

RUT:.....

**REVOCACION (RECHAZO):**

Bajo mi firma declaro haber leído y comprendido la información precedente, por lo que no autorizo la puesta en práctica de las medidas a realizar.

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable: .....

RUT:.....