



SVMEFR

SOCIEDAD VALENCIANA DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

www.svmefr.com

Consentimiento informado de ASISTENCIA PRESENCIAL en el servicio de Rehabilitación durante la pandemia COVID-19

Como paciente, usted tiene derecho a ser informado de los beneficios y de los riesgos derivados de la asistencia presencial al Servicio de Rehabilitación del Departamento en cualquiera de sus ubicaciones. El propósito de esta información es que usted conozca los riesgos de la comparecencia a consulta médica y/o tratamiento médico (intervencionista) o de fisioterapia, logopedia y/o terapia ocupacional; y pueda tomar la decisión, libre y voluntaria, de autorizar o de rechazar dicha consulta o tratamiento.

¿Qué es el nuevo coronavirus-SARS-CoV-2? ¿Cómo se transmite? ¿Qué síntomas produce?

El coronavirus SARS-CoV-2 es un nuevo tipo de coronavirus y produce la enfermedad COVID-19. La transmisión se produce por contacto directo de las mucosas de nariz, ojos o boca con las gotas respiratorias que emite una persona enferma al toser o estornudar; o a través de las manos contaminadas con esas gotas, al tocarse dichas mucosas. Es poco probable la transmisión por el aire a distancias mayores de dos metros. La transmisión del virus puede producirse antes de que la persona desarrolle síntomas o con síntomas leves. Su presentación clínica varía desde asintomática hasta complicaciones pulmonares, cardíacas o vasculares potencialmente mortales y la muerte. La mayoría de los casos son leves. Desafortunadamente aún no se ha desarrollado una vacuna. Los síntomas más comunes de la nueva enfermedad por coronavirus (COVID-19) incluyen: fiebre, tos y sensación de falta de aire. En algunos casos también puede haber disminución del olfato y del gusto, diarrea o vómitos, o lesiones variadas en la piel, en el pecho o en los dedos de manos o pies, generalmente en niños y adolescentes sin otros síntomas.

En condiciones normales los protocolos estrictos de higiene y esterilización permiten asegurar su bioseguridad. En esta circunstancia excepcional derivada de la pandemia del COVID-19, dado el alto riesgo de transmisión infecciosa del virus en la ineludible cercanía física con Usted, la posible generación de aerosoles aún con todos los medios de protección disponibles, **no** es posible asegurar un **riesgo nulo** de transmisión del COVID-19.

Las circunstancias especiales en las que existe mayor riesgo de infección son: edad avanzada, pluripatología, enfermedades cardiovasculares, enfermedad renal crónica en tratamiento con diálisis, enfermedades hepáticas, diabetes mellitus, obesidad, inmunodepresión como los pacientes oncológicos entre otros.

Al firmar este consentimiento por escrito, usted reconoce que ha sido informado sobre los riesgos potenciales para su salud relacionados con el COVID-19 mientras acude presencialmente a consulta o se somete a tratamientos presenciales en el Servicio de Rehabilitación durante esta Pandemia.



SVMEFR

SOCIEDAD VALENCIANA DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

www.svmefr.com

DECLARACION DE CONSENTIMIENTO

D/Dña.....con DNI / Pasaporte:
..... , mayor de edad, en pleno uso de mis facultades mentales, en calidad de paciente.

Representante y/o tutor: D. /Dña..... con DNI / Pasaporte:....., mayor de edad, en pleno uso de mis facultades mentales manifiesto que como del paciente:

DECLARO que he sido informado, he leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. También se me ha informado de que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento. Y en tales condiciones CONSIENTO la atención presencial en el servicio de Rehabilitación del Departamento de Salud ya sea para consulta médica o tratamientos de fisioterapia, logopedia, terapia ocupacional o intervencionista.

En....., a de.....de

Fdo: El/la Médico

Fdo: El Paciente/ Representante legal, familiar o allegado

REVOCACION DE CONSENTIMIENTO

D/Dña.....con DNI / Pasaporte:
..... , mayor de edad, en pleno uso de mis facultades mentales, en calidad de paciente.

Representante y/o tutor: D. /Dña..... con DNI / Pasaporte:....., mayor de edad, en pleno uso de mis facultades mentales manifiesto que como del paciente:

REVOCO el consentimiento prestado en fecha y declaro por tanto que, tras la información recibida, no consiento la atención presencial en el servicio de Rehabilitación del Departamento de Salud ya sea para consulta médica o tratamientos de fisioterapia, logopedia, terapia ocupacional o intervencionista.

En....., a de.....de

Fdo: El/la Médico

Fdo: El Paciente/ Representante legal, familiar o allegado