

**CONSTANCIA DE LAS RESPONSABILIDADES  
DEL PACIENTE PARA PROCEDIMIENTOS  
Y EXÁMENES REALIZADOS EN LA CLÍNICA  
DURANTE EL COVID-19**



El COVID-19 presenta desafíos especiales para usted y su equipo de salud durante su procedimiento o examen.

1. Comprendo que yo (y mi cuidador, de tener uno) se nos preguntará por teléfono si tenemos síntomas o hemos estado expuestos.
2. Comprendo que puede que se me haga el examen del SARS-CoV-2 (COVID-19) pocos días antes de mi procedimiento. De salir positivo mi procedimiento podría posponerse.
3. De ser necesario que se me haga el examen, estoy de acuerdo en autoaislarme después del examen hasta la fecha de mi procedimiento para evitar ser infectado.
4. Comprendo que se me exigirá usar mascarilla al entrar y durante mi estancia en el centro. Si no tengo una mascarilla, se me dará una.
5. Comprendo que al llegar al centro se me preguntará si tengo o he tenido síntomas y se me tomará la temperatura.
6. Comprendo que si necesito que alguien me acompañe (cuidador, padre, tutor), también se les exigirá que cumplan con las medidas de control de infecciones (p. ej. Usar mascarilla y ser interrogados por síntomas al entrar a la clínica o al hospital).
7. Practicaré el distanciamiento físico (social) antes de mi procedimiento o examen y hasta durante 14 días después del mismo, si se me pidiera. Me comunicaré inmediatamente con mi proveedor de servicios de salud si antes o después de mi procedimiento o examen desarrollo cualquiera de los síntomas siguientes: tos, falta de respiración, fiebre, escalofríos, dolor muscular, dolor de cabeza, dolor de garganta o cambios nuevos en mi sentido del gusto o del olfato.

Al firma abajo hago constar que estoy de acuerdo en cumplir con todos los requisitos arriba descritos. Comprendo que de no seguirlos mi procedimiento o examen podría ser pospuesto.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

\_\_\_\_\_  
Parentesco con el paciente

PATIENT IDENTIFICATION

