|  |
| --- |
| **DATOS DE IDENTIFICACIÓN** |
| **Nombre:**  | **No. Documento:** |
| **Edad:**  | **Sexo:** | **Aseguradora:** |
| **Sede:** | **Dx:** |

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con Cédula de Identidad No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, y/o representante legal de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con Cédula de Identidad No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por voluntad propia y debidamente informado(a) consiento se me realice la ecografía obstétrica, contemplada en el ruta materno perinatal, durante la pandemia de COVID-19.

1. Entiendo que el virus COVID-19 tiene un periodo largo de incubación durante el cual sus portadores pueden estar asintomáticos, siendo altamente contagioso. Se me ha explicado de manera clara que un alto porcentaje de los pacientes portadores de COVID-19 son asintomáticos, por lo cual es difícil definir que personas presentan contagio, sin embargo soy consciente y responsable del procedimiento de ecografía obstetrica a realizar en las instalaciones de la E.S.E Carmen Emilia Ospina, teniendo en cuenta que la Institución cuenta con todas las barreras de bioseguridad, cumplimiento de los protocolos de limpieza y desinfección y uso de ementos de protección personal por parte del Medico Especialista (Higiene de manos, mascarilla médica, Bata desechable, Gafas (proteccion ocular) O protector facial (proteccion facial), Guantes, Gorro desechable) para la mitigación del contagio del virus COVID – 19 en la toma de ecografía obstetrica.

2. Entiendo que, a pesar del seguimiento de normas de bioseguridad en el consultorio de ecografia, debido a la presencia de otros pacientes, a las características del virus y del procedimiento, existe un riesgo elevado de contraer el virus, por el solo hecho de permanecer en el consultorio de la E.S.E Carmen Emilia Ospina.

3. He sido informada de las directrices nacionales e internacionales de salud, ante la situación de la pandemia, sobre las recomendaciones de limitar la atención intramural de la población gestante. Pese a ello la toma de la ecografria obstétrica, es un procedimiento que se debe realizar durante la gestación, con el fin de garantizar el bienestar del binomio madre e hijo, evitando complicaciones prevenibles mediante la toma de exámenes diagnosticos. Por lo cual he sido citada el dia de hoy, previo llamado telefonico y asignación de cita.

4. Declaro que he diligenciado encuesta de triage respiratorio establecida por la E.S.E Carmen Emilia Ospina. Niego presentar síntomas como: Fiebre, Tos, Fatiga – Falta de energía, Dificultad para respirar, Dolor de oído y al tragar, Secreciones nasales.

5. No he estado en los últimos 14 días en alguno de los países donde hay circulación del coronavirus (Covid-19), ni tampoco he estado en contacto con alguna persona diagnosticada con el coronavirus (Covid-19).

6. Entiendo que organismos nacionales e internacionales de salud recomiendan el distanciamiento social de mínimo 2 metros, lo cual es imposible durante el procedimiento de toma de ecografía obstétrica . Acepto \_\_\_\_\_\_\_\_ No Acepto \_\_\_\_\_\_( aceptación de la toma de ecografía obstétrica)

9 . El Paciente es atendido en la sede 7 de agosto de la E.S.E Carmen Emilia Ospina por motivo de toma de ecografía obstetrica, procedimiento realizado con todos los elementos de protección personal requeridos, previa limpieza y desinfección del área.

*Este consentimiento informado se elabora mediante el marco jurídico Resolución 536/2020 por la cual se adopta el “Plan de acción del Ministerio de salud para la prestación de servicios de salud durante las etapas de contención y mitigación de la pandemia por SARS-Cov-2 (Covid-19) y los documentos técnicos, taless como: Lineamientos provisionales para la atención en salud de las gestantes, recién nacidos y para la lactancia materna, en el contexto de la pandemia de COVID- 19 en Colombia y orientaciones para la restauración gradual de los servicios de salud en las fases de mitigación y control de la emergencia sanitaria por COVID-19 en Colombia.*

**Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Firma del profesional autorizado** **Firma del paciente o representante Legal** Nombre: Nombre: No. De identidad: No. De identidad: Registro No:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Firma Testigo** Nombre: No. De identidad:

|  |
| --- |
|  **CONTROL DE CAMBIOS** |
| Versión | Descripción del cambio | Fecha de aprobación |
| 1 | Elaboración del documento: De acuerdo a los lineamientos dados por el ministerio de la Salud y plan de contingencia institucional COVID-19, para la atención de gestantes.  | 21/05/2020 |
| Nombre: Leidy Carolina ArtunduagaCargo: Profesional promoción en la salud. Nombre: Diana Goretty Patarroyo . Cargo: Apoyo profesional garantía de la calidad |  Nombre: Mónica Bibiana Martínez Macías. Cargo: Coordinadora de Calidad. | Nombre: Ingry Alexandra Suarez Castro.Cargo:Asesor Técnico Científica. |
| **Elaboró** | **Revisó** | **Aprobó** |