



SOCIEDAD PARAGUAYA DE OFTALMOLOGÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTES QUE CONSULTAN EN ÉPOCA DE LA PANDEMIA POR COVID 19

Yo,he acudido voluntariamente a una consulta oftalmológica en Fecha/...../2020 y contesto el siguiente cuestionario:

En los últimos 15 días, incluyendo hoy, he tenido:

- Dificultad respiratoria: SI NO NO SE

- Fiebre igual o mayor a 37,2 °: SI NO NO SE

- Tos: SI NO NO SE

- Mantuve contacto con personas sospechosas o confirmadas de Covid 19:

SI NO NO SE

-He viajado al exterior: SI NO

Manifiesto que,

He sido interrogado/a para esta cita médica.

Me han explicado que las consultas son exclusivamente para URGENCIAS OFTALMO LÓ GICAS.

Me informaron de acudir sin acompañante, a no ser de extrema necesidad (niños, personas con dificultad para la expresión o motilidad), y portando tapaboca o mascarilla.

Me consta que en la clínica/consultorio se han tomado todas las medidas de Bioseguridad legalmente exigidas por las autoridades sanitarias del país y reconozco que las mismas son para mi seguridad personal, debido a la circulación comunitaria del Coronavirus; lo que implica que

el contagio que pueda sufrir podría darse en cualquier sitio, sin que necesariamente sea durante esta consulta.

Comprendo y acepto las indicaciones de los médicos así como asumo los riesgos de exposición por este motivo de salud que me trae hoy a la consulta.

Nombre completo.....

CI Fecha de consulta

Teléfono Motivo de consulta

Firma