

	PROCESO	GESTIÓN DE LA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD.	Código	GPSF20
	FORMATO	Consentimiento informado para acompañante de casos probable/confirmado de COVID-19	Versión	01

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA: Día _____ Mes _____ Año _____	Ciudad _____
PACIENTE _____	HC No. _____
Tipo de identificación CC __ CE__ TI __ Otro __ N° _____	Cama _____

Yo, _____ con identificación CC __ CE__ N° _____ de _____, actuando en calidad de acompañante del paciente _____, por medio del presente documento manifiesto:

Que de manera detallada se me ha suministrado información completa, suficiente, con un lenguaje sencillo y claro. El profesional de la salud me ha explicado la naturaleza de la enfermedad, acerca del significado de caso sospechoso o confirmado del coronavirus COVID-19 en cuanto a su presentación clínica, modo de contagio, medidas para contenerla, posibilidad de sufrir la enfermedad, complicaciones o muerte, mientras permanezca como acompañante del paciente.

Que he podido hacer las preguntas relacionadas con dicha enfermedad y se me han respondido en forma satisfactoria; así mismo se me ha explicado que voy a estar en riesgo de contagiarme mientras permanezca junto a él.

Que tras haberse cumplido lo anterior, doy mi consentimiento para permanecer como acompañante mientras dure el proceso de la enfermedad de mi acompañado en la institución _____, atendiendo el estricto cumplimiento de las normas de la entidad.

Certifico que el contenido de este consentimiento me ha sido explicado en su totalidad, que lo he leído o me lo han leído y que entiendo perfectamente su contenido.

Firma del acompañante
CC. _____ de _____

Nombre personal de la institución de Salud _____

Firma de personal de institución de Salud _____
C.C _____

Cargo: _____