



COLEGIO DE MEDICOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES – DISTRITO II

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ASISTENCIA MEDICA AMBULATORIA PROGRAMADA.

El presente cuestionario reviste carácter de declaración jurada en el marco de la emergencia declarada para resguardar la salud pública, por lo que requiere suministrar toda la información veraz requerida.

CUESTIONARIO PARA EL PACIENTE (Tachar lo que no corresponda)

Localidad

Fecha:

Hora:

Apellido y nombre:

DNI:

¿Tiene fiebre de más de 37,5° C o la ha tenido en los últimos 14 días?.

SI NO

¿Ha tenido o tiene patología respiratoria, tos, dolor de garganta, falta de olfato o del gusto en los últimos 14 días?.

SI NO

¿Ha viajado a otras zonas o localidades del país en los últimos 14 días?

SI NO.

4. ¿Ha estado en contacto con un caso confirmado o probable de COVID 19 en los últimos 14 días?

SI NO

Al ingresar al consultorio me han interrogado si presenté sintomatología compatible con Covid 19 en los últimos 7 (siete) días: Fiebre de más de 37,5°C – Tos persistente – Dolor de Garganta – Pérdida del gusto y/o del olfato, las que he informado como NO existentes a la fecha.

Se me informa y tomo conocimiento que en este lugar de atención ambulatoria se están tomando todas las medidas de Bioseguridad correspondientes y exigidas por la Autoridad Sanitaria Nacional y Provincial para la contingencia COVID-19, pero se aclara que las mismas NO garantizarían en un 100% la posibilidad de evitar contagios.

Firma del Paciente.

Aclaración.

DNI.