



## Consentimiento Informado para la Realización de Procedimiento Quirúrgico o Tratamiento Médico-Estético Durante y Post Pandemia del COVID-19

### INSTRUCCIONES

Este es un documento de **Consentimiento Informado adicional** en el cual, el **Dr(a)** \_\_\_\_\_ **Cirujano Plástico**

**Estético y Reconstructivo**, le informa a su paciente \_\_\_\_\_ quien ha solicitado se le realice el siguiente Procedimiento

\_\_\_\_\_ sobre los riesgos que existen una vez se rompe con el confinamiento y aislamiento domiciliario como sucede al tener una consulta presencial y/o con la realización de una cirugía durante y post de la Pandemia de COVID-19.

Este documento tiene como finalidad, brindarle la información necesaria para que el paciente pueda tomar la decisión libre y voluntaria, de aceptar o no la realización del referido procedimiento, luego de evaluar los riesgos y beneficios del mismo. Es importante que lea esta información de forma cuidadosa y completa. Por favor ponga sus iniciales en cada página indicando así que ha leído la página y firme el consentimiento para el procedimiento solicitado por usted a su cirujano plástico, estético y reconstructivo.

### INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró como Pandemia el 11 de marzo del 2020 al COVID-19, enfermedad por Coronavirus que se caracteriza por fiebre, dolor de cabeza, tos seca, dificultad respiratoria, falta del gusto o del olfato entre otros síntomas. En algunos casos el COVID-19 causa complicaciones respiratorias graves que pudiesen requerir el traslado del paciente a una Unidad de Cuidados Intensivos con ventilación pulmonar asistida y del paciente no responder al manejo, la muerte. Se considera como caso sospechoso todo paciente que presente un cuadro de enfermedad respiratoria aguda con los síntomas antes descritos, con historial de viaje o residencia en un país / área o territorio con transmisión local de COVID-19 durante los 14 días anteriores a la aparición de los síntomas; así como aquellos individuos sin historial de viaje, pero que han tenido contacto con personas que cumplan dichos criterios o diagnosticadas con COVID-19.

### FUNDAMENTOS

Este documento se realiza en virtud del derecho de las personas a recibir información sobre los tratamientos y exámenes médicos a los que serán sometidas, los cuales están establecidos en el Artículo 42, numeral 3 de la **Constitución Dominicana**, en el Artículo 28, literales f, h y j de la **Ley 42-01 o Ley General de Salud** y en el Artículo 22, literal c, del decreto No. 641-05 del Poder Ejecutivo que establece el **Código de Ética del Colegio Médico Dominicano**.

### INFORMACIÓN SOBRE LA ENFERMEDAD COVID-19

El COVID-19 es una enfermedad producida por un virus respiratorio, del tipo Coronavirus, llamado SARS-Cov-2, altamente contagioso y en la actualidad se propaga aceleradamente en la mayoría de los países del mundo incluyendo la República Dominicana. Se ha identificado como el principal medio de transmisión la contaminación directa de persona a persona por medio de gotas de saliva o secreciones naso-faríngeas que salen de una persona infectada a otra sana, así como por el contacto con superficies contaminadas con dichas secreciones y que llegan al individuo sano a través de sus manos, boca, nariz y ojos. Esta enfermedad se puede presentar con fiebre, dolor de cabeza, tos seca, dificultad para respirar, dolores musculares, debilidad general, pérdida del sentido del gusto (ageusia), pérdida del sentido del olfato (anosmia), síntomas gastrointestinales como dolor abdominal y diarrea, entre otros. Algunos pacientes pueden presentar un cuadro respiratorio grave que amerita ingreso hospitalario, manejo en la unidad de Cuidados Intensivos (UCI), asistencia de ventilación pulmonar y si el paciente no responde al tratamiento, la muerte. Los pacientes pueden presentar síntomas variados, pero se ha demostrado que la mayoría de las personas pueden contagiarse de esta enfermedad y no presentar ningún síntoma, sin embargo son propagadores de la misma. En la actualidad las pruebas diagnósticas no son 100% sensible por distintas variables, por lo que aun haciendo las pruebas estas pueden reportar falsos negativos sobre la enfermedad. Su período de incubación es de 2-14 días. Durante este periodo el paciente puede estar contagiado sin presentar ningún síntoma, por lo que al momento de que un paciente solicite someterse a un procedimiento existe la posibilidad de estar infectado por el virus y no tener ninguna de las manifestaciones clínicas de la enfermedad.

### TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS

El COVID-19 es una enfermedad nueva, que aún no tiene un tratamiento médico específico, que su manejo se basa en el tratamiento de signos y síntomas, además del soporte ventilatorio en los casos que se necesita y hasta el momento, no existe una vacuna desarrollada que permita su prevención. Las recomendaciones de la OMS y del Ministerio de Salud Pública (MSP) van dirigidas a la prevención, para evitar su contagio y propagación, como el uso de dispositivos de protección (Principalmente mascarillas), la reducción del contacto físico con otras personas y evitar frecuentar en lugares de alto conglomerado de personas, así como el lavado frecuente de las manos con agua y jabón. Es bien sabido que a pesar de que se tomen todas las medidas preventivas de lugar existe un riesgo de contraer la infección por el virus SARS-Cov-2. Por tal motivo usted se encuentra en toda la libertad de postergar el procedimiento solicitado, hasta el momento en el que exista un tratamiento médico específico y/o vacuna. Al proceder con la cirugía usted asume esos riesgos, y reconoce que su cirujano(a) plástico(a) le planteó la oportunidad de postergar la realización de la misma en una fecha posterior.

### RIESGOS ADICIONALES CAUSADO POR COVID-19

El paciente que contrae el COVID-19, incluso sin presentar ningún síntoma y se somete al procedimiento referido en la introducción de este documento, podría dar lugar a una mayor probabilidad de complicaciones y hasta la muerte. La posible exposición al virus del COVID-19 antes, durante o después de este procedimiento podría resultar en lo siguiente: un diagnóstico positivo de COVID-19, cuarentena prolongada, autoaislamiento, pruebas adicionales, hospitalización que puede requerir tratamiento médico, tratamiento en la UCI, posible necesidad de intubación a corto o largo plazo, soporte ventilatorio y otras posibles complicaciones con el riesgo de la muerte. La enfermedad COVID-19 está aún en estudio, se sabe que puede causar daños adicionales al organismo, algunos de los cuales pueden no conocerse actualmente, además de los riesgos descritos en este documento, así como los propios del procedimiento o cirugía en sí.

## **SEGURO DE SALUD Y RESPONSABILIDADES ECONÓMICAS**

Aunque muchas compañías aseguradoras de riesgos de salud brindan cobertura actualmente al COVID-19, no podemos garantizar que dicha cobertura sea efectiva en pacientes que se compliquen con esta enfermedad tras la realización de un procedimiento estético o reconstructivo. Le recomendamos revisar detenidamente las condiciones de su póliza de seguro médico antes de proceder con la cirugía, o contactar a sus representantes; para que tenga conocimiento previo de su estatus de cobertura ante la presentación de una complicación posterior. En caso de no cobertura por parte de su aseguradora, usted asume el riesgo de tener que cubrir los gastos económicos adicionales que se generen ante una posible complicación por COVID-19.

### **ALCANCE**

Los documentos de consentimiento informado se emplean para comunicar información acerca del tratamiento propuesto para una enfermedad, situación o condición determinada, así como para mostrar los riesgos y formas alternativas de tratamiento. El proceso de consentimiento informado pretende definir los principios para dar a conocer los riesgos, que generalmente cubrirá las necesidades de la generalidad de los pacientes en la mayoría de las circunstancias; Sin embargo, no debe considerarse que los documentos de consentimiento informado incluyan todos los aspectos sobre otros métodos de tratamiento o riesgos posibles. Su cirujano(a) plástico(a) puede proporcionarle información adicional o diferente, basada en todos los hechos de su caso particular y en el estado del conocimiento médico. En el caso específico del COVID-19, se trata de una enfermedad nueva en proceso de investigación constante, con información que cambia diariamente, por lo que existe la posibilidad de que algunas de las informaciones vertidas en este documento cambien en el futuro.

Los documentos de consentimiento informado no pretenden definir o servir como el modelo del cuidado médico. Éste será determinado en base a todos los hechos involucrados en cada caso individual, y está sujeto a cambios, puesto que el conocimiento científico y los modelos de práctica evolucionan.

*Es importante que haya leído cuidadosamente la información anterior y que todas sus preguntas hayan sido respondidas antes de que firme el consentimiento siguiente.*

### **DECLARACIONES Y CONSENTIMIENTO**

Quien suscribe \_\_\_\_\_ declara que:

**1-**He sido informado con antelación y de forma satisfactoria por el médico, de la situación de la infección comunitaria de COVID-19 en relación con el procedimiento que se me va a realizar, así como de sus riesgos y complicaciones.

**2-**Conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse, por el procedimiento quirúrgico o estético propiamente dicho o por complicaciones de la intervención pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.

**3-**Consiento a la realización de dicho procedimiento, siendo consciente y asumiendo los riesgos del posible contagio de COVID-19 que pudiese sufrir, a pesar de todas las precauciones establecidas en los protocolos internos del Centro Médico donde se realizará la misma.

**4-**Me dieron la opción de diferir mi tratamiento, procedimiento o cirugía para una fecha posterior. Sin embargo, entiendo todos los riesgos potenciales, las posibles complicaciones a corto y largo plazo relacionadas con COVID-19 incluida la muerte y me gustaría continuar con mi tratamiento / procedimiento / cirugía deseados.

**5-**Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mi historial y/o antecedentes clínico quirúrgicos, especialmente los referidos al cumplimiento de las medidas de distanciamiento social dispuestas por las autoridades, y al historial de síntomas relacionados a un posible contagio de COVID-19.

**6-**Reconozco que al firmar este consentimiento, me someteré a todas las recomendaciones que me haga el médico y el personal asistencial para poder salvaguardar al máximo mi seguridad, incluyendo entre otras: requerimiento de auto-aislamiento y/o prohibición de salidas del domicilio, uso permanente de mascarillas y equipo de protección personal, cumplimiento de protocolos especiales de limpieza/desinfección/cambio de ropas en el momento de las visitas presenciales al hospital, entre otras que sean detalladas por mi cirujano con el fin de disminuir el riesgo de infección. Entiendo que de no obtemperar con el cumplimiento de dichas medidas, el procedimiento puede ser suspendido, y/o pudiera limitarse o suspenderse las visitas de seguimiento presenciales.

**7-**Doy consentimiento expreso a mi médico, para que en virtud de las medidas de distanciamiento social dispuesto por las autoridades, se permita en condiciones especiales la realización de comunicación por medios electrónicos no presenciales. Comprendo que las evaluaciones por dicha vía nunca sustituirán una evaluación presencial. A pesar de ello, asumo los riesgos de dichas evaluaciones y autorizo las mismas cuando el médico lo considere necesario.

**8-**He leído y comprendido este documento. Se me ha preguntado si requiero una información más detallada. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.

**9-**Comprendo que en cualquier momento, previo a la realización del procedimiento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto, con sólo comunicarlo al médico tratante.

#### **Paciente:**

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_

Cedula o Pasaporte No. \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

#### **Testigo:**

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_

Cedula o Pasaporte No. \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

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

**Médico Tratante:** \_\_\_\_\_