

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

### **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: \_\_\_\_\_