



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CONSULTA OFTALMOLÓGICA PRESENCIAL EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA COVID19

Nota: este consentimiento fue redactado por el Prof. Dr. Roberto Borrone para el Consejo Argentino de Oftalmología. Se trata de un documento institucional por lo que su texto no puede ser modificado.

1) Características especiales que tiene una consulta oftalmológica presencial en el contexto de la Pandemia COVID 19 y recaudos que ha tomado nuestro consultorio / institución.

Le informamos que nuestro consultorio / institución cumple con todos los estándares de bioseguridad exigibles en el marco de la Pandemia COVID19, establecidos por las autoridades sanitarias y por el Comité de Prevención de Infecciones del Consejo Argentino de Oftalmología.

Esto incluye, entre otros recaudos: medidas de limpieza y esterilización de los equipos médicos, insumos, mobiliario y espacios físicos, y utilización de equipos de protección personal de profesionales, técnicos y empleados administrativos.

A pesar de estas rigurosas precauciones, no se puede asegurar con certeza que no existe la posibilidad de contagio.

2) Modalidad alternativa de consulta: la “Teleconsulta”.

Usted tiene la posibilidad de efectuar una consulta a distancia (teleconsulta) desde un dispositivo electrónico (celular inteligente; computadora; tablet). Dicha consulta tiene, en muchos casos una finalidad orientativa, dado que en oftalmología el profesional tiene muchas limitaciones en la consulta a distancia porque depende, para hacer un examen completo, de muchos equipos solo disponibles en un consultorio.

3) Se le solicita a cada paciente que cumpla con las siguientes medidas sanitarias:

Le solicitamos el estricto cumplimiento de los siguientes recaudos sanitarios necesarios para minimizar recíprocamente el riesgo de contagio : respetar la distancia interpersonal de, como mínimo, 1,5 metros; el uso obligatorio de barbijo (cubre nariz y boca) durante todo el tiempo de su permanencia en nuestra institución; el lavado exhaustivo de manos antes y después de la consulta; respetar exactamente el horario de consulta acordado (no llegar con anterioridad al horario fijado) y no permanecer en nuestra institución una vez terminada su consulta a



los efectos de no coincidir ni interactuar con otros pacientes; de ser imprescindible puede estar acompañado por solo una persona (casos de adultos con esa necesidad y menores de 16 años).

4) Es importante que Ud. confirme con su firma en este consentimiento las siguientes condiciones de su estado de salud general y circunstancias personales:

A) Que en los últimos 14 días incluyendo hoy:

- a) No ha tenido una temperatura mayor a 37.5 grados (“de fiebre”);
- b) Que no ha tenido dolor de garganta;
- c) Que no ha tenido tos;
- d) Que no ha padecido dolor muscular;
- e) Que no ha padecido pérdida del olfato;
- f) Que no ha padecido pérdida del gusto;
- g) Que no ha tenido dificultad para respirar.

B) Que en los últimos 14 días: no ha estado en contacto con casos confirmados de COVID19 ó que no haya viajado fuera del país.

5) Con mi firma confirmo que he entendido el texto de este documento y que NO he presentado ni presento ninguno de los 7 síntomas enumerados en el punto anterior ni las circunstancias personales detalladas.

Firma del Paciente (o representante legal cuando corresponda)

Aclaración de la firma

Documento de Identidad:

6) Fotografías y/o videos de la atención médica oftalmológica con finalidad científico-técnica:

El paciente SI / NO AUTORIZA (rodear con un circulo la opción elegida) al equipo médico a obtener fotografías y/o videos para difundir resultados en publicaciones médicas y/o ámbitos científicos preservando su identidad.-

Firma

Aclaración de la firma

D.N.I.

Tte. Gral. Perón 1479, PB
[C1037ACA], Buenos Aires
(+5411) 4374-5400, líneas rotativas
secretaria@oftalmologos.org.ar

