

Addendum de Consentimiento Informado que se amplía para propuesta de prestación de servicios durante la Contingencia Epidemiológica motivada por la enfermedad ocasionada por el virus SARS-CoV2 (COVID-19).

Con fundamento en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Ley General de Salud, Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Servicios de Atención Médica, Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico, Acuerdos del Consejo de Salubridad General publicados en el Diario Oficial de la Federación relativos al virus SARS-CoV2 (COVID-19); y de manera general en cumplimiento al derecho vigente y positivo de aplicación obligatoria en los Estados Unidos Mexicanos, se emite el siguiente:

Yo, _____,
mediante el presente hago constar que:

1.- Es mi libre voluntad, sin que medie coacción de persona alguna, solicitar y recibir atención médica de urgencia o de cualquier otra índole durante la actual contingencia sanitaria por la enfermedad ocasionada por el virus SARS-CoV2 (COVID-19).

2.- Entiendo y acepto las medidas preventivas para evitar la propagación del virus SARS-CoV2 (COVID-19) y su contagio en este lugar de atención médica.

3.- Se me explicó en lenguaje coloquial, claro y sencillo, y por lo tanto entiendo bien que la enfermedad popularmente conocida como COVID-19 (virus SARS-CoV2 - COVID-19) es causada por el virus coronavirus SARS-CoV-2 que tarda en manifestar síntomas, lo que se denomina periodo de incubación, que es el tiempo que transcurre entre la infección por el virus y la aparición de los síntomas de la enfermedad. La mayoría de las estimaciones respecto al periodo de incubación del virus SARS-CoV2 (COVID-19) oscilan entre 1 (uno) y 14 (catorce) días, y en general se sitúan en torno a 5 (cinco) días, es decir, puede ser un periodo largo o prolongado, y en ese lapso los contagiados son portadores de ese virus y suelen ser altamente *contagiantes*, aún sin mostrar síntomas, por lo que es *imposible determinar oportunamente* quién es portador o no, dada la demora en la obtención de resultados con pruebas confiables, por lo tanto al acudir a solicitar atención médica por cualquier otro problema de salud que presente, entiendo claramente, cabe la posibilidad que yo, el paciente, ya sea portador y se exprese la enfermedad denominada COVID-19, en los días posteriores al tratamiento médico o quirúrgico que recibí.

4.- Estoy consciente que no hay ninguna vacuna ni medicamento antiviral específico para prevenir o tratar el virus SARS-CoV2 (COVID-19). Sin embargo, los contagiados deben recibir atención de salud (medidas de apoyo) para aliviar los síntomas. Las personas que presentan casos graves de la enfermedad deben ser hospitalizadas.

5.- Estoy al tanto que la contingencia sanitaria en el país se encuentra en la Fase 3 denominada "De Epidemia", la cual es la más crítica y en la cual se acumulan un gran número de casos de contagios y de hospitalizaciones.

6.- Fui informado que las formas más eficaces de protegerse a uno mismo y a los demás frente al virus SARS-CoV2 (COVID-19) son: lavarse las manos con frecuencia, cubrirse la boca con el codo o con un pañuelo de papel al toser, mantener una distancia de al menos 1 metro con las personas que tosen o estornudan y el resguardo domiciliario.

Conforme a lo anterior, **ENTIENDO Y ACEPTO** que aún con las precauciones y medidas preventivas, ***siempre existe riesgo de contagio*** debido a la frecuencia de visitas a los pacientes, las características del virus, y las condiciones generadas por los procedimientos y/o acciones médicas, por lo que el hecho de estar o permanecer en un consultorio u hospital podría ocasionar un contagio que eventualmente pudiera dar lugar a un aislamiento forzoso u otras medidas emitidas por la autoridad de salud.

Asimismo, me han informado y por ello estoy consciente que bajo la Pandemia actual hay pautas generales, siendo las **principales** mantener distancia social y personal, medidas de higiene que se hacen del conocimiento del público en general, como hecho notorio, en campañas nacionales y locales de salud, **así como el resguardo domiciliario**, por lo tanto, no se recomienda la atención y/o procedimientos médico quirúrgicos que no tengan carácter urgente.

No obstante, **yo confirmo** que estoy buscando tratamiento o atención para una afección consistente en _____ (denominación **completa**) para la que se me informaron las diversas alternativas y criterios para mi mayor seguridad, pero que no garantizan inmunidad o invulnerabilidad ante el virus SARS-CoV2 (COVID-19).

En caso de yo requerir hospitalización, me sujetaré a las disposiciones que señalen en ese momento los protocolos de visitas señalados por la Secretaria de Salud (Federal y/o Local) durante la presente contingencia sanitaria. También doy mi autorización para recabar los datos personales necesarios (incluidos datos sensibles) a efecto de reportar de inmediato a la Secretaria de Salud si durante mi hospitalización me convierto en un caso confirmado o sospechoso por el virus SARS-CoV2 (COVID-19). Dando mi consentimiento para que toda la información o datos que yo proporcione, ya sea personal y/o sensible, pueda ser utilizada y/o dada a conocer a las autoridades de Salud del país, la cual servirá para orientar las medidas de contención de la actual Pandemia.

En caso de mi fallecimiento por enfermedad ocasionada por el virus SARS-CoV2 (COVID-19) (ya sea confirmado o sospechoso) mi cuerpo será tratado como lo señale el Protocolo de Manejo de Cadáveres que determine la Secretaria de Salud (Federal y/o Local) durante esta contingencia sanitaria.

Bajo protesta de decir verdad manifiesto que no estoy presentando ninguno de los síntomas compatibles con el virus SARS-CoV2 (COVID-19) que se enumeran a continuación, ni tampoco he estado en contacto con pacientes confirmados o con sospecha del virus SARS-CoV2 (COVID-19) en los últimos 15 (quince) días:

- | | |
|--|-----------------|
| a) Dolor de garganta | (si) (no) _____ |
| b) Tos seca | (si) (no) _____ |
| c) Falta de Aliento | (si) (no) _____ |
| d) Cansancio | (si) (no) _____ |
| d) Escurrimiento Nasal | (si) (no) _____ |
| e) Fiebre | (si) (no) _____ |
| f) Dolor Generalizado | (si) (no) _____ |
| g) Diarrea y/o Problemas
Gastrointestinales | (si) (no) _____ |

Paciente/Responsable

Médico tratante

Nombre, Firma y Cédula
Profesional

Testigo (nombre y firma)

Testigo (nombre y firma)

Fecha (días/mes/año): _____

Hora: _____

Ciudad: _____