

CONSTANCIA DE LAS RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE EN CASO DE OPERACIONES Y PROCEDIMIENTOS REALIZADOS DURANTE EL COVID-19



El COVID-19 genera retos especiales para usted y su equipo de atención quirúrgica durante su atención prequirúrgica, quirúrgica y posquirúrgica. Con el objeto de brindarle la mejor oportunidad de una operación exitosa durante la pandemia de COVID-19, los reglamentos siguientes y las responsabilidades del paciente mencionadas abajo se aplican a todos los pacientes de cirugía.

Entender su riesgo

Cualquier procedimiento quirúrgico implica un riesgo y el COVID-19 genera otros riesgos para todas las personas que participan en cualquier procedimiento quirúrgico con hospitalización o ambulatorio. La naturaleza exacta de esos otros riesgos no es clara, debido a que el COVID-19 es provocado por un virus nuevo (SARS-CoV-2) que aún no se conoce muy bien. Usted podría correr un mayor riesgo debido a problemas de salud de base conocidos o no, a los medicamentos que toma actualmente o a los que se le darán después de la operación, que podrían debilitar su sistema inmunitario contra la enfermedad. El centro donde le harán el procedimiento podría estar atendiendo pacientes con COVID-19. Sin embargo, aunque usamos procedimientos estrictos para el control de infecciones, existe el riesgo de que usted sea expuesto al virus que causa el COVID-19. Usted y su cirujano deben discutir los riesgos, beneficios y cualquier tratamiento alternativo antes de su operación, incluyendo cualquier factor de riesgo especial o adicional que pueda comprometer su salud debido a la posibilidad de infección con el COVID-19.

Hágase la prueba de detección del SARS-CoV-2 (para el COVID-19)

Antes de cualquier operación en este centro, le recomendamos especialmente que:

- Se haga la prueba de detección del SARS-CoV-2 (COVID-19);
- Informe a su cirujano o al equipo de atención si no se siente bien el día antes de la operación o el mismo día antes del inicio de esta, incluso si su resultado de la prueba de detección del COVID-19 fue negativo;
- Informe a su cirujano y a su equipo de atención si usted vive o pasa tiempo con alguien que no se esté sintiendo bien o que haya tenido un resultado positivo en la prueba de detección del COVID-19.
- Como parte de su preparación para la operación, le tomarán la temperatura y podrían posponer su operación si tiene fiebre, ya sea por el COVID-19 o por cualquier otra infección.

Aislamiento y distanciamiento físico

Siga con atención las instrucciones de alta de su proveedor de atención médica. Podrían recomendarle el autoaislamiento antes y después de la operación. El autoaislamiento significa quedarse en casa y apartarse de otros que estén en su casa. Visite (<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/if-you-are-sick/steps-when-sick.html>) Y (<https://cv.nmhealth.org/wp-content/uploads/2020/04/NMDOH-COVID-19-Confirmed-Case-Home-Isolation-Guidance.pdf>). Si no le recomiendan el autoaislamiento, también es importante que mantenga el distanciamiento físico después de sus pruebas prequirúrgicas, y podrían decirle que lo haga por hasta 14 días después de la operación. El distanciamiento físico, significa estar a 6 pies como mínimo de otras personas, no reunirse en grupos y no ir a lugares concurridos.

PATIENT IDENTIFICATION



Constancia:

En un esfuerzo para minimizar el riesgo de transmisión del COVID-19 a pacientes, trabajadores de atención médica y otras personas, todos los pacientes que se sometan a un procedimiento quirúrgico deben hacer constar que entienden estos requisitos y expectativas.

Lea y escriba sus iniciales como muestra de que entiende y acepta cada requisito.

1. Entiendo que pueden reprogramar mi procedimiento quirúrgico en cualquier momento.	_____
2. Entiendo que yo (y mi cuidador personal, si lo hubiera) recibiré llamadas telefónicas del equipo de preanestesia para evaluar mis síntomas, exposición previa y pruebas de detección del COVID-19, antes de mi procedimiento.	_____
3. Entiendo que deberé someterme a una prueba de detección del SARS-CoV-2 (COVID-19) pocos días antes de mi operación o procedimiento. Si el resultado es positivo, mi procedimiento podría ser pospuesto.	_____
4. Entiendo que deberé usar una mascarilla cuando ingrese al centro y mientras permanezca allí. Si no tengo una mascarilla, me darán una.	_____
5. Entiendo que, al llegar al centro, me evaluarán para detectar síntomas de COVID-19 y me tomarán la temperatura. También entiendo que el centro exige a todas las personas que se cubran la boca al toser, que usen pañuelos desechables y los tiren en los recipientes para basura según los requisitos del Departamento de Salud de NM (NM Department of Health).	_____
6. Entiendo que pueden restringir las visitas después de mi procedimiento y que, si me permiten tener visitantes, estos deberán cumplir las medidas de control de infecciones (p. ej., usar una mascarilla y evaluación de síntomas cuando entren al hospital).	_____
7. Entiendo la importancia de seguir las instrucciones de alta de mi proveedor de atención médica y que pueden recomendarme el autoaislamiento antes y después de la operación.	_____
8. Mantendré el distanciamiento físico antes de la operación y hasta 14 días después de la operación si así me lo indican.	_____
9. Me comunicaré inmediatamente con mi proveedor si tengo cualquiera de estos síntomas antes o después de mi procedimiento: tos, dificultad para respirar, fiebre, escalofríos, dolores musculares, dolores de cabeza, dolor de garganta, pérdida o cambios nuevos del sentido del olfato o del gusto.	_____
10. Si soy padre/madre de un menor o el cuidador de un paciente que se someterá a una operación y quiero acompañar al menor o al paciente antes y después de esta, deberé someterme a una prueba de detección del SARS-CoV-2 (COVID-19).	_____

Tuve la oportunidad de repasar los riesgos del COVID-19 asociados a mi operación y de discutir y hacer preguntas con mi cirujano acerca de estos. Firmando abajo, acepto seguir todos los requisitos mencionados arriba. Entiendo que, si no sigo los requisitos mencionados arriba, podrán posponer mi operación o procedimiento.

FIRMA DEL PACIENTE/REPRESENTANTE LEGAL

FECHA

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

Relación con el paciente