

# **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN CONSULTORIO DURANTE LA PANDEMIA COVID-19**

## **NATURALEZA DE LOS PROCEDIMIENTOS Y DE ESTE DOCUMENTO**

Como paciente, de acuerdo a la Ley Nacional 26.529 usted tiene derecho a ser informado de los beneficios y riesgos derivados de un tratamiento. El propósito de esta información es que usted conozca mejor el procedimiento psicoterapéutico que se le propone y pueda tomar la decisión de forma libre y voluntaria, autorizando o rechazando el mismo. Ha de saber que es norma de cumplimiento por parte del psicólogo informarlo y solicitar su autorización.

## **CONSIDERACIONES EXCEPCIONALES DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE DURANTE LA PANDEMIA COVID-19**

Ante la situación de emergencia sanitaria que estamos viviendo, se aconsejan por su seguridad y la de los profesionales que lo atenderán las siguientes medidas de seguridad que usted debe conocer:

### 1. TRIAJE:

Al presentarse en el consultorio el personal le formulará una serie de preguntas para verificar si tiene síntomas compatibles con COVID-19 (fiebre, tos, estornudos, dolor de garganta, conjuntivitis, diarrea, rinitis, etc.). Si existe la sospecha de que usted pueda estar infectado por coronavirus durante este interrogatorio, se deberá suspender cualquier consulta o tratamiento y proceder de acuerdo a las recomendaciones del Ministerio de Salud.

Si a partir de las preguntas del TRIAJE se determina que usted se encuentra asintomático, se lo tratará con las medidas de cuidado indicadas para proceder a su atención.

### 2. CONSULTA PRESENCIAL SIN ACOMPAÑANTE.

Exceptuando casos excepcionales (menores de edad o personas con discapacidad), usted deberá concurrir al consultorio/centro solo. En los casos excepcionales descritos, se le permitirá estar acompañado por 1 sólo acompañante.

Le solicitamos respetar exactamente el horario de consulta acordado (no llegar con anterioridad del horario fijado), y no permanecer en el consultorio/institución una vez terminada la consulta a los efectos de no coincidir ni interactuar con otros pacientes.

### 3. MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD

Le informamos que nuestro consultorio cumple con todos los estándares de bioseguridad exigibles en el marco de la Pandemia COVID19, establecidos por las autoridades sanitarias.

Esto incluye, entre otros recaudos: medidas de limpieza y esterilización del material de trabajo y del mobiliario, alcohol en gel a disposición, jabón y papel descartable para secarse.

Para ayudarnos a cuidarlo, usted deberá lavarse las manos con jabón al entrar, secarse con papel y colocarse alcohol en gel durante 20 segundos. Deberá a su vez evitar tocarse la cara, superficies u objetos y no deambular por los espacios comunes, manteniendo siempre la distancia mínima de seguridad (> 1,5 a 2m) entre personas. Es obligatorio durante todo el tiempo de su permanencia en el consultorio/institución el uso de barbijo o tapabocas/nariz.

### **LIMITACIONES Y RIESGOS**

- En esta circunstancia excepcional derivada de la PANDEMIA del COVID-19, dado el alto riesgo de transmisión infecciosa del virus en la ineludible cercanía física al paciente, NO es posible asegurar un RIESGO NULO de transmisión del COVID-19.
- Actualmente el RIESGO BIOLÓGICO del COVID-19 aún NO es perfectamente conocido desde el punto de vista científico.
- Además, aún NO existe VACUNA que permita la inmunización de la población en general o de los grupos poblacionales de riesgo.

### **CIRCUNSTANCIAS PARTICULARES DEL PACIENTE QUE CONDICIONAN UN RIESGO ELEVADO DE TRANSMISIÓN DEL COVID-19, CON CONSECUENCIAS GRAVES PARA SU SALUD**

- Embarazo
- Edad avanzada
- Pluripatología asociada (ej: enfermedad respiratoria previa, diabetes, patología cardíaca, entre otras)

- Inmunodepresión

**MODALIDAD ALTERNATIVA DE CONSULTA: “TELECONSULTA”.**

Usted tiene la posibilidad de efectuar una consulta a distancia (teleconsulta) desde un dispositivo electrónico (celular inteligente; computadora; tablet)..

## CONSENTIMIENTO

Yo,

---

doy mi consentimiento para una la realización de una consulta/tratamiento psicológico durante la pandemia COVID-19

Se me ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido la naturaleza de la atención durante la pandemia COVID-19 y comprendo los riesgos inherentes; declaro estar debidamente informado/a según lo disponen los artículos 5 y concordantes de la Ley 26.529 de Derechos del Paciente en materia de Información, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el Lic.:

---

Asimismo, he recibido respuesta a todas mis preguntas, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria.

Buenos Aires, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**PACIENTE:**

D.N.I:

Firma:

**PSICÓLOGO:**

Lic.:

D.N.I.:

Nº Matrícula:

Firma:

## DENEGACIÓN O REVOCACIÓN

Yo,

\_\_\_\_\_ después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, y en contra de la opinión médica del profesional tratante, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación/ revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Buenos Aires, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**PACIENTE:**

D.N.I:

Firma:

**PSICÓLOGO:**

Lic.:

D.N.I.:

Nº Matrícula:

Firma: