

Consentimiento informado para la atención domiciliaria:

Importante: Teniendo en cuenta el momento actual del país en relación con la Pandemia Covid 19, se recomienda la atención domiciliaria sólo en casos en los que no sea posible la atención por videollamada y que los pacientes ni miembros de su familia estén dentro de los cuadros de riesgo.

1) Características especiales necesarias para la atención domiciliaria en contexto de la Pandemia COVID 19

Necesitamos que como familia se comprometan a brindar un espacio de cuidado hacia los/as terapeutas. Esto incluye, entre otros recaudos: medidas de limpieza y esterilización de los mobiliario y espacios físicos. También tener alcohol a disposición y desinfectante al ingreso al domicilio. El uso de barbijo o mascarilla transparente en mayores de 6 años es obligatorio.

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

2) Se le solicita a cada familia 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: el lavado exhaustivo de manos antes y después de la consulta; respetar exactamente el horario de consulta acordado y no permanecer en conversación una vez finalizada la misma. A su vez, evitar la superposición de horarios de terapias y las visitas en dichos momentos, a fin de minimizar al máximo la circulación de personas dentro del hogar.

Todos los adultos deben utilizar tapabocas y mantener la distancia adecuada.

3) Es importante que todos los miembros de la familia confirmen previo a cada sesión las siguientes condiciones del estado de salud general y circunstancias personales:

A) Que en los últimos 14 días incluyendo hoy:

- a) No han tenido una temperatura mayor a 37.5 grados (“de fiebre”);
- b) Que no han tenido dolor de garganta;
- c) Que no han tenido tos;
- d) Que no han padecido dolor muscular;
- e) Que no han padecido pérdida del olfato;

f) Que no han padecido pérdida del gusto;

g) Que no han tenido dificultad para respirar.

B) Que en los últimos 14 días: no han estado en contacto con casos confirmados de COVID19

4) Como responsables del menor y siendo quienes toman la decisión del ingreso de los/as terapeutas al hogar, afirmamos la no convivencia con personas de riesgo.

5) Como progenitores del paciente a atender confirmamos que hemos entendido el texto de este documento y estamos de acuerdo en retomar la modalidad presencial

Firma del responsable
Aclaración
DNI

Firma del terapeuta
Aclaración
DNI