

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR ATENCIÓN DURANTE LA PANDEMIA COVID-19**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

CI: \_\_\_\_\_ celular: \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_

Mediante este documento consigno que, por voluntad propia y debidamente informado, consiento recibir tratamiento a ser realizado en la Clínica Universitaria de la Salud de la Universidad Católica del Uruguay durante la emergencia sanitaria declarada por el gobierno nacional en virtud de la pandemia de Covid-19.

He sido informado que el virus Sars-Cov-2, causante del Covid-19, tiene un largo período de incubación durante el cual sus portadores pueden estar asintomáticos con posibilidades de contagiar involuntariamente, y por la complejidad y costo de la realización de pruebas virales y las políticas asociadas a su realización, hay dificultades para determinar quién es portador del virus y quién no.

Entiendo que está recomendado mantener distanciamiento social, lo cual no siempre es posible durante el tratamiento y que, aún extremando las normas de bioseguridad, debido a la presencia de otros pacientes y a las características del virus y de los procedimientos a realizar, existe riesgo de contagio.

En caso de presentar síntomas o confirmación diagnóstica de Covid-19, o ante la eventualidad de que me indiquen la realización de hisopado lo comunicaré de inmediato al estudiante de postgrado que me asiste y a la casilla de correo [pacientes@ucu.edu.uy](mailto:pacientes@ucu.edu.uy)

Confirmando que las contestaciones que daré a continuación son verdaderas :

- |  |                                |                                |
|--|--------------------------------|--------------------------------|
| 1 - ¿Ha tenido alguno o varios de los siguientes síntomas en los últimos 7 días? Malestar general, fiebre, tos seca, dificultad para respirar, dolor de garganta o cabeza, dolores musculares, pérdida de gusto u olfato o diarrea | SI<br><input type="checkbox"/> | NO<br><input type="checkbox"/> |
| 2 - ¿Ha estado en contacto con personas con diagnóstico o sospecha de Coronavirus en los últimos 14 días?  | SI<br><input type="checkbox"/> | NO<br><input type="checkbox"/> |
| 3 - ¿Ha estado fuera del país en los últimos 14 días?  | SI<br><input type="checkbox"/> | NO<br><input type="checkbox"/> |
| 4 - ¿Está completamente vacunado contra Covid 19 (2 dosis)?  | SI<br><input type="checkbox"/> | NO<br><input type="checkbox"/> |
| 5 - ¿Tuvo la enfermedad Covid 19? – En caso afirmativo indique fecha de alta   | SI<br><input type="checkbox"/> | NO<br><input type="checkbox"/> |

Por medio de la presente consiento expresamente que la Universidad Católica del Uruguay, dé tratamiento a mis datos personales según lo dispuesto en la Ley N° 18.331 de Protección de Datos Personales y Acción de Habeas Data; utilizándolos con el objetivo de dar cumplimiento a sus obligaciones, dar cumplimiento a sus políticas internas; almacenándolos en Uruguay y tratándolos con un grado de protección adecuado.

Firmando el presente formulario: a) declaro que los datos proporcionados son completos, fidedignos y representan mi situación actual, teniendo la presente valor de declaración jurada a todos los efectos legales que pudieren corresponder; b) me comprometo a informar de inmediato cualquier modificación a la presente, desde el cambio de circunstancias, presentando una nueva declaración; c) autorizo a la Universidad Católica del Uruguay en forma irrevocable a proporcionar información a las autoridades nacionales correspondientes en caso de ser necesario para el cumplimiento de sus obligaciones, o en caso de ser requerido en un proceso judicial o administrativo.

Firma (paciente o adulto responsable): \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_