

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

de ATENCIÓN EN LOS CENTROS DE MEDICINA ESTÉTICA DURANTE LA PANDEMIA COVID19

En cumplimiento de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE 15-11-02), le ofrecemos por escrito y de manera comprensible, información sobre ATENCIÓN DURANTE LA PANDEMIA POR COVID19. No obstante, dicha información le ha sido ya sucintamente facilitada de forma oral por el médico que suscribe, que asimismo y a requerimiento de Vd. ha ido contestando a todas las preguntas objeto de su interés y relacionadas con el tratamiento. El presente documento no es sino la transcripción gráfica de dicha información, a fin de facilitar su comprensión y motivar una autorización reflexiva y pausada.

Por favor, firme o ponga sus iniciales en cada página para indicar así que las ha leído y firme el documento de consentimiento para el procedimiento propuesto por su médico.

En REQUENA \_\_, a \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 2020

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

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Población \_\_\_\_\_

Teléfonos \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

## DECLARO:

Que por el/la doctor/a MARIA VICTORIA FERNÁNDEZ OCHANDO se me ha explicado que el COVID19 o enfermedad por coronavirus 2019 es el nombre asignado a la patología causada por la infección por el coronavirus SARSCoV-2. Este virus es altamente contagioso y parece que la transmisión es por contacto estrecho con las secreciones respiratorias que se generan con la tos o el estornudo de una persona enferma. Su contagiosidad depende de la cantidad del virus en las vías respiratorias. Estas secreciones infectarían a otra persona si entran en contacto con su nariz, sus ojos o su boca. Parece poco probable la transmisión por el aire a distancias mayores de 1-2 metros en reposo

Los síntomas más comunes incluyen fiebre, tos, y sensación de falta de aire. En algunos casos también puede haber síntomas digestivos como diarrea, dolor abdominal. También pueden presentarse con síntomas cutáneos. Puede haber pérdida del olfato y/o del gusto. La mayoría de los casos presentan síntomas leves. En casos más graves, la infección puede causar neumonía, dificultad importante para respirar, fallo renal e incluso la muerte. Los casos más graves generalmente ocurren en personas de edad avanzada o que padecen alguna enfermedad crónica, como enfermedades del corazón, del pulmón o inmunodeficiencias.

El propósito de esta información es mejorar el conocimiento la pandemia que se está viviendo a nivel mundial y poder tomar la decisión, libre y voluntaria, de autorizar o de rechazar el tratamiento de medicina estética que se me va a realizar, conociendo que, por parte de la clínica se han llevado a cabo los protocolos y medidas de seguridad y prevención aprobadas por el Ministerio de Sanidad, así como las recomendaciones de las sociedades científicas para frenar la transmisión del COVID-19.

Se me ha informado que, como sanitarios, el centro/doctor tienen la obligación ética y legal de detectar a posibles contagiados y frenar su expansión, aunque el motivo de consulta no tenga nada que ver con dicha patología, por eso han cambiado el protocolo de recepción y contacto con los pacientes, de todo lo cual se me ha informado verbalmente de forma extensa y resumida en este documento.

## CONSIDERACIONES DE ATENCIÓN AL PACIENTE:

1. Se realizará un análisis por vía telefónica o por correo electrónico previo. Cada vez que usted acuda al centro, se le van a realizar o se le han realizado una serie de preguntas para asegurarnos de que no existe, con los conocimientos actuales, riesgo de que usted esté padeciendo o sea portador en este momento del virus SARS-CoV-2, y su llegada a nuestro centro o su tratamiento pudiera conllevar un riesgo añadido para usted o para la salud pública. Este cuestionario pretende realizar una búsqueda de síntomas/signos de sospecha de infección por COVID-19 (se efectúa el cuestionario básico difundido por las autoridades sanitarias, para identificar si, en los últimos 14 días, tuvo síntomas de enfermedad respiratoria o dificultad al respirar, fiebre  $> 37,3^{\circ}$  C, si mantuvo contacto con personas con sospecha de infección/síntomas o enfermos de COVID-19, si ha comparecido en reuniones privadas o locales con concentraciones de personas, si estuvo en las regiones consideradas actualmente de riesgo y, por último, si no han respetado la CUARENTENA obligatoria del ESTADO DE ALARMA, salvo situaciones consideradas excepcionales, que en su caso deberá especificar).

2. En el caso haber superado el triaje inicial, se le citará para consulta indicándole las medidas que debe cumplir para acudir a la cita con su médico estético.

- Debo acudir a la clínica solo, sin acompañante. En caso de ser necesario que acuda acompañado (menor de edad, incapacitado o por indicación médica), solo podrá acudir con una persona que no entrará en el área de tratamiento, permaneciendo en el exterior de la clínica a ser posible, durante el tiempo que dure la intervención.

- Se me tomará la temperatura (termómetro láser) y se anulará la consulta si tengo fiebre.

- Deberé acudir sin pulseras, collares o pendientes. En caso de disponer de algún tipo de efecto personal o ropa que necesite retirarse se le hará entrega de fundas de plástico en las que podrá guardarlas de forma aislada de la de otros pacientes y personal de la clínica.

- Deberé acudir a la consulta con la cara desmaquillada y mascarilla (que deberá ser, al menos, quirúrgica). En algunos tratamientos de medicina estética se deberá retirar la mascarilla (por ejemplo, relleno de labios y otros procedimientos periorales).

- Debo llegar a la hora pactada para evitar aglomeraciones y poder seguir los protocolos de seguridad.

- Sé que al llegar a la clínica se me darán una serie de instrucciones sobre cuidados y medidas de prevención.

- Se me ha informado que en el supuesto de que al acudir a la clínica se compruebe que no cumplo con los requisitos informados previamente podrá anularse la cita si se estimara oportuno por el centro o responsable médico.

3. Se me ha informado que la clínica/doctor ha tomado una serie de medidas de prevención y seguridad de prevención del COVID-19. Así como de todas aquellas medidas que deberé asumir dentro del centro, como son:

- DESINFECCIÓN DE MANOS (según OMS): frotar bien las manos durante 20-30 segundos con el gel hidroalcohólico disponible a la entrada de la clínica, y cuando se me indique.

- MANTENER las manos desinfectadas apoyadas en el pecho.

- NO TOCAR la cara, superficies u objetos.

- NO MANOSEAR manillas de puertas, dado que los espacios necesarios al acceso permanecerán abiertos.

- EVITAR deambular por los espacios comunes, manteniendo siempre la distancia mínima de seguridad ( $> 1,5$  a 2 metros) entre personas. La clínica salvaguardará el aislamiento de cada paciente. Se limitará al mínimo el contacto con otros profesionales sanitarios.

- Ya en la camilla si me voy a someter a algún tratamiento de labios o zona peribucal empezar por hacer ENJUAGUE previo al procedimiento con peróxido de hidrógeno al 1% (alérgicos al yodo) o colutorio de povidona yodada al 0,2% durante 1 minuto.

LIMITACIONES Y RIESGOS:

En condiciones normales los protocolos estrictos de higiene y esterilización permiten asegurar la bioseguridad necesaria al paciente y equipo sanitario.

En esta circunstancia excepcional derivada de la PANDEMIA del COVID-19, dado el alto riesgo de transmisión infecciosa del virus, cuyo periodo de incubación puede durar hasta 24 días y en la ineludible cercanía física al paciente para los tratamientos medico estéticos, la generación inevitable de aerosoles aún con todos los medios de protección disponibles en la clínica, además de los necesariamente instaurados a mayores, NO es posible asegurar un RIESGO NULO de transmisión del COVID-19.

Circunstancias especiales que favorecerían la transmisión: embarazo, edad avanzada, pluripatología, inmunosupresión, entre otras.

Para satisfacción de los derechos del paciente, como instrumento favorecedor del correcto uso de los procedimientos terapéuticos y diagnósticos, y el cumplimiento de la Ley General de Sanidad y la ley 41/2002, el/la paciente declara haber entendido todas las explicaciones facilitadas en un lenguaje claro y sencillo. Ha podido manifestar todas las observaciones y le han sido aclaradas todas las dudas, de manera que se siente plenamente informado en lo que se refiere a la prevención del contagio por COVID-19.

El paciente reconoce que se le ha informado, expresamente, que los resultados, efectos adversos y complicaciones del tratamiento estético que se le va a realizar podría complicarse si el paciente desarrollase la infección por COVID-19 por ello se le ha recomendado que tras el tratamiento evite el contacto con personas que padezcan o puedan padecer la enfermedad por este virus.

#### **PROTECCIÓN DE DATOS:**

ME CONSTA que mis datos van a ser tratados de forma automatizada, lo cual autorizo habiéndome sido explicados mis derechos de conformidad con el vigente RGPD: derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición previstos en la Ley, manifestándome que puedo dirigirme por escrito a la Clínica/Doctora, sin perjuicio de lo que se dispone en el Art. 8 de la Ley sobre datos relativos a la salud. Con mi firma, doy mi consentimiento expreso para que mis datos de carácter personal puedan ser tratados por la Clínica/Doctora para procurar finalidades propias de la misma.

He podido aclarar todas mis dudas acerca de todo lo anteriormente expuesto y he entendido totalmente este DOCUMENTO INFORMATIVO SOBRE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL COVID-19 reafirmandome en todas y cada uno de sus puntos y con la firma del documento EN TODAS LAS PÁGINAS Y POR DUPLICADO ratifico y consiento que se ponga en práctica el tratamiento médico estético del que previamente he sido informado y del que he dado mi consentimiento.

Requena,                      de                                      de 2020

Fdo. EL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

DNI:

Fdo. EL FACULTATIVO

NºCol:

REVOCO el consentimiento prestado en fecha \_\_\_\_\_, y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado. Declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Valencia,            de            de

Fdo. EL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Fdo. EL FACULTATIVO

DNI:

En cumplimiento de la normativa vigente en materia de protección de datos le informamos que el responsable de sus datos personales es MARIA VICTORIA FERNÁNDEZ OCHANDO y los utilizará para ejecutar el protocolo de prevención y actuación frente al virus COVID-19, siguiendo las directrices y recomendaciones del Ministerio de Sanidad y organismos autorizados. La información recabada se utilizará para velar por la seguridad y salud de las personas afectadas, y de otras personas físicas. Sus datos se conservarán durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad para la que se recabaron y para determinar las posibles responsabilidades que se pudieran derivar de dicha finalidad y del tratamiento de los datos, siguiendo las directrices de los protocolos oficiales, además de los periodos establecidos en la normativa de archivos y documentación que sea legalmente requerido. Este tratamiento es necesario para proteger los intereses vitales del interesado o de otra persona física, así como para el cumplimiento de una misión realizada en interés público. Los datos personales recabados serán comunicados en todos aquellos casos en que sea necesario u obligatorio en respuesta a un potencial caso de infección a las entidades sanitarias. Puede solicitar información adicional, así como ejercer sus derechos en materia de protección de datos, solicitándolo a la Dirección Médica o en la clinica.dra.fernandez@gmail.com (Reglamento UE 2016/679).