



RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE POR COVID-19

Debido a las consecuencias imprevistas del COVID-19 / Nuevo Coronavirus / SARS COV-2, el personal y los médicos han creado un protocolo para detectar de la mejor manera posible a pacientes y personal potencialmente infectados antes de que se presenten en la clínica. Estas pautas se basan en los datos más actualizados disponibles sobre este virus y siguen las recomendaciones de los CDC. Sin embargo, no pueden detectar casos raros en los que una persona pueda propagar el virus antes de mostrar síntomas, debido a un período de incubación prolongado, o incluso hasta dos semanas después del período de cuarentena recomendado.

El personal ha sido capacitado en el control universal de infecciones según las pautas de OSHA, lo cual ayuda a prevenir la contaminación cruzada por patógenos transmitidos por la sangre. Además, ha recibido capacitación adicional para limitar la posible propagación de infecciones respiratorias según las pautas de la ADA/CDA (resfriado, gripe, coronavirus).

Entiendo que, a pesar de estas medidas en este momento sin precedentes, no hay forma de garantizar que no haya transmisión entre un paciente o miembro del personal infectado con coronavirus y yo mientras recibo atención médica en la clínica. Doy mi consentimiento, como lo indica mi firma a continuación, y asumo el posible riesgo.

Además, testifico que **no** he tenido tos de aparición reciente, debilidad prolongada sin explicación, fiebre leve prolongada, fiebre de 100.4°F o más, **no** he viajado por aeropuertos, ni estado en una zona de alto contagio de coronavirus, ni he tenido contacto conocido con una persona diagnosticada con coronavirus en los últimos 30 días. La excepción aplica si tuve un resultado negativo reciente de una prueba de COVID-19 (se deben proporcionar los resultados); o si, después de haber sido diagnosticado, completé una cuarentena de 14 días con **dos pruebas negativas consecutivas** de coronavirus, con al menos 3 días de diferencia (se deben proporcionar los resultados). Esta declaración es para la protección del personal y los médicos de AMG y es mi responsabilidad como parte de la seguridad pública.

Nombre: _____

Fecha: _____

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____