

FECHA

CONSENTIMIENTO INFORMADO COVID-19

Yo

CI:

Marcar con X su condición:					
Paciente	<input type="checkbox"/>	Familiar	<input type="checkbox"/>	Solicitante	<input type="checkbox"/>

Nombre del Paciente:

, CI:

Presenta los siguientes síntomas:

Fiebre sobre 37.8 °C

Tos Seca

Dificultad Respiratoria

Dolor de Garganta

Dolor de Cabeza

SI NO

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Informo, además, que el paciente no ha sido diagnosticado infectado con Covid-19 Positivo (+), ni si quiera por sospecha.

El abajo firmante, da fe que toda la información entregada es verdadera y que en ningún caso se está faltando a la verdad. Al paciente se le realizará una radiografía de:

Atentamente

Nombre, Firma Solicitante

Nota: Se informa que previo al examen el Tecnólogo podrá solicitar la toma de temperatura al paciente y reservarse el derecho a no realizar el examen si la situación lo amerita.