

*Creemos que como los visitantes pueden estar posiblemente expuestos al COVID-19 al visitar el lugar, se les debe informar sobre dicha posibilidad y asumir conscientemente el riesgo de exposición al COVID-19.*

**Política:**

A fin de evitar la posible exposición y propagación del COVID-19, [Nombre del establecimiento] continuará aplicando las directrices más actualizadas proporcionadas por las agencias de regulación y orientación para así asegurar la protección de los residentes y el personal.

**Procedimiento:**

1. Enviar comunicación escrita a la familia de todos los residentes donde se detalle cómo y cuándo se modificarán las restricciones a las visitas, incluyendo una explicación exhaustiva de las medidas de prevención y control de infecciones a las que todas las visitas deberán adherir, junto con el formulario de asunción de riesgos y consentimiento informado.
2. Preguntar a todas las visitas si tienen dudas sobre los protocolos de prevención y control de infecciones, los requerimientos de EPP, el riesgo de exposición de las visitas al COVID-19 y las precauciones que se están tomando en el establecimiento.
3. Transmitir las preguntas que pueda tener una visita sobre el COVID-19 y/o el formulario de asunción de riesgos y consentimiento informado al Director de Enfermería (Director of Nursing, DON) o al Administrador.
4. Solicitar a todas las visitas que firmen el formulario de asunción de riesgos y consentimiento informado al momento de entrar al establecimiento.
5. Pedir a la visita que suministre información de contacto en caso de que autoridades de la salud pública necesiten comunicarse con ella para realizar un rastreo de contactos y/o una prueba de COVID-19.
6. Si una visita se niega a firmar el formulario de asunción de riesgos y consentimiento informado (o a suministrar información de contacto):
  - a. Escribir la fecha, la hora y la palabra "RECHAZADO" en un formulario de asunción de riesgos y consentimiento informado en blanco (o en la línea de Información de contacto), pedir a la visita que escriba sus iniciales junto a la palabra "RECHAZADO".
  - b. Conservar el formulario RECHAZADO con los formularios firmados en el archivo de COVID-19.
7. Guardar copias de todos los formularios de asunción de riesgos y consentimiento informado en los archivos de COVID-19.
8. Si una visita se niega a cumplir con los protocolos de prevención y control de infecciones del establecimiento, incluyendo el uso de EPP en todo momento mientras se encuentre dentro del establecimiento, no se le permitirá el ingreso.

**Notas:**

**Las agencias que colaboran con la orientación y las directrices durante esta pandemia son el Departamento de Salud del Estado, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y el Departamento de Salud del Condado.**

Esta obra se encuentra bajo la Licencia Internacional 4.0 de Creative Commons Attribution-NoDerivatives. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>

*Esta política y procedimiento no tiene la finalidad de reemplazar el criterio informado de médicos, enfermeros u otros profesionales médicos individuales, ni tiene la finalidad de ser una declaración de estándares comunitarios predominantes o estándares de práctica mínimos. Es un método y una técnica sugeridos para lograr una atención médica óptima, y no un estándar mínimo por debajo del cual los residentes serían necesariamente colocados en riesgo.*

\_\_\_\_\_ (iniciales) Comprendo que, al firmar a continuación, acepto que la información incluida en esta ASUNCIÓN DE RIESGOS Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS VISITAS se me proporcionará tras mi primera visita a la comunidad solamente, que no se me pedirá que firme una ASUNCIÓN DE RIESGOS Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS VISITAS para las visitas posteriores independientemente de a quién esté visitando, y que, mediante el presente estoy de acuerdo con que los términos, las condiciones y la asunción de riesgos detallados aquí se aplican a la visita de hoy y a todas y cada una de las visitas que realice en el futuro.

He leído, comprendo y acepto adherir a las exigencias indicadas en esta política y procedimiento.

Comprendo que, al firmar a continuación, acepto que la información incluida en este consentimiento se me proporcionará tras mi primera visita a la comunidad solamente.

Firma del administrador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Director Médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fechas de revisión: \_\_\_\_\_

Esta obra se encuentra bajo la Licencia Internacional 4.0 de Creative Commons Attribution-NoDerivatives. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>

*Esta política y procedimiento no tiene la finalidad de reemplazar el criterio informado de médicos, enfermeros u otros profesionales médicos individuales, ni tiene la finalidad de ser una declaración de estándares comunitarios predominantes o estándares de práctica mínimos. Es un método y una técnica sugeridos para lograr una atención médica óptima, y no un estándar mínimo por debajo del cual los residentes serían necesariamente colocados en riesgo.*

**[Membrete del centro]**

**\*POR FAVOR, ESCRIBA CON LETRA LEGIBLE\***

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono móvil \_\_\_\_\_ Teléfono fijo \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

Reconozco haber sido debidamente informado de todo lo siguiente:

1. Que existe un riesgo de que, al ingresar a [Nombre del establecimiento], de aquí en más "ESTABLECIMIENTO", podría estar expuesto al virus COVID-19;
2. Que como parte del personal del ESTABLECIMIENTO se encuentra prestando cuidados y asistencia a los residentes, deben estar en contacto directo con ellos. Si bien estos prestadores de cuidados del ESTABLECIMIENTO están capacitados para mitigar los riesgos de transmisión de virus, su asistencia necesariamente implica contacto estrecho o contacto físico directo con los residentes, así como también el uso compartido de determinadas superficies.
3. Si bien todos los miembros del personal, incluyendo los prestadores de cuidados, toman precauciones para minimizar el riesgo de transmisión de virus, en este momento parece que el riesgo de transmisión de COVID-19 no puede eliminarse por completo y que el ESTABLECIMIENTO no puede garantizar un ambiente libre del riesgo de transmisión de COVID-19.
4. Que el ESTABLECIMIENTO no puede garantizar que no contraeré el virus COVID-19 a partir del contacto con un residente o un miembro del personal del ESTABLECIMIENTO, o bien a partir de tocar una superficie dentro del ESTABLECIMIENTO.
5. Que entiendo que de contraer el virus COVID-19 podría enfermarme y posiblemente, morir.
6. Que soy consciente de que es posible que se dé mi nombre a las autoridades de la salud pública para que ellos realicen un rastreo de contactos, lo que podría provocar que dichas autoridades me soliciten hacer una prueba de COVID-19 si se desarrollaran nuevos casos en el establecimiento.

Esta obra se encuentra bajo la Licencia Internacional 4.0 de Creative Commons Attribution-NoDerivatives. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>

*Esta política y procedimiento no tiene la finalidad de reemplazar el criterio informado de médicos, enfermeros u otros profesionales médicos individuales, ni tiene la finalidad de ser una declaración de estándares comunitarios predominantes o estándares de práctica mínimos. Es un método y una técnica sugeridos para lograr una atención médica óptima, y no un estándar mínimo por debajo del cual los residentes serían necesariamente colocados en riesgo.*

## MEMBRETE DE LA INSTALACIÓN

### ASUNCIÓN DE RIESGOS:

Al firmar este Acuerdo y desde entonces en adelante, acepto que si decido ingresar en el ESTABLECIMIENTO, asumo el riesgo de exponerme al virus COVID-19 y posiblemente, contraerlo y eventualmente, morir, como resultado de mi presencia en el ESTABLECIMIENTO.

Acepto que asumo de manera consciente y voluntaria todos los riesgos, conocidos y desconocidos, asociados con la potencial exposición al virus COVID-19, incluyendo la muerte.

Asimismo, acepto que el precedente acuerdo de asunción de riesgos y consentimiento informado intenta ser tan amplio e inclusivo como lo permita la ley del estado de \_\_\_\_\_, y si cualquier parte de este acuerdo resultara inválido, se acepta que el resto debe, no obstante, mantener toda su validez legal.

Este acuerdo de asunción de riesgos y consentimiento informado constituye el único e integral acuerdo entre el ESTABLECIMIENTO y yo con respecto a su contenido y reemplaza todos los entendimientos anteriores o actuales, ya sean orales y escritos, con respecto a dicho contenido.

Esta obra se encuentra bajo la Licencia Internacional 4.0 de Creative Commons Attribution-NoDerivatives. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>

*Esta política y procedimiento no tiene la finalidad de reemplazar el criterio informado de médicos, enfermeros u otros profesionales médicos individuales, ni tiene la finalidad de ser una declaración de estándares comunitarios predominantes o estándares de práctica mínimos. Es un método y una técnica sugeridos para lograr una atención médica óptima, y no un estándar mínimo por debajo del cual los residentes serían necesariamente colocados en riesgo.*

**MEMBRETE DE LA INSTALACIÓN**

**ACEPTO RESPETAR TODOS LOS PROTOCOLOS DE CONTROL DE INFECCIONES DEL ESTABLECIMIENTO, INCLUYENDO EL EXAMEN QUE SE ME REALIZARÁ AL MOMENTO DE LLEGAR;**

**ACEPTO USAR EPP EN TODO MOMENTO MIENTRAS ME ENCUENTRE DENTRO DEL ESTABLECIMIENTO Y ENTIENDO QUE DE NO HACERLO, SE ME SOLICITARÁ QUE ABANDONE INMEDIATAMENTE EL EDIFICIO.**

RECONOZCO QUE TENGO LA AUTORIDAD LEGAL PARA FIRMAR EN MI NOMBRE.

RECONOZCO HABER LEÍDO CON DETENIMIENTO EL PRESENTE ACUERDO Y HABER COMPRENDIDO SU SIGNIFICADO EN SU TOTALIDAD. SE ME HA SUGERIDO CONSULTAR A MI ABOGADO ANTES DE FIRMAR ESTE ACUERDO.

ASIMISMO, RECONOZCO HABER LEÍDO Y FIRMADO DE MANERA VOLUNTARIA EL PRESENTE ACUERDO Y NO SE HAN EFECTUADO REPRESENTACIONES, DECLARACIONES O INDUCCIONES ORALES APARTE DEL PRECEDENTE ACUERDO ESCRITO.

Nombre de la visita (EN LETRA IMPRENTA) \_\_\_\_\_

Firma de la visita \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Información de contacto de la visita en caso de que sea solicitada por el Departamento de Salud (teléfono/correo electrónico):

\_\_\_\_\_

Esta obra se encuentra bajo la Licencia Internacional 4.0 de Creative Commons Attribution-NoDerivatives. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>

*Esta política y procedimiento no tiene la finalidad de reemplazar el criterio informado de médicos, enfermeros u otros profesionales médicos individuales, ni tiene la finalidad de ser una declaración de estándares comunitarios predominantes o estándares de práctica mínimos. Es un método y una técnica sugeridos para lograr una atención médica óptima, y no un estándar mínimo por debajo del cual los residentes serían necesariamente colocados en riesgo.*