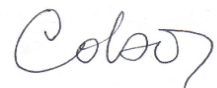
	ATENCIÓN AMBULATORIA	CODIGO	AA-F-14
	PROCESO DE CONSULTA MEDICA	FECHA DE APROBACION	01 de Julio del 2020
	CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSULTA PRESENCIAL EN PANDEMIA COVID-19	VERSION	1

FECHA: _____

YO _____ identificado con cédula de ciudadanía número _____, en calidad de usuario de los servicios que presta GASTRICARE SAS, Nit 900.945.726-9, manifiesto que conozco y soy consciente de la llegada al país de la Pandemia COVID 19 y que he sido informado por el personal de esta institución respecto de los cuidados y prevenciones que debo tener para evitar el contagio o la propagación de dicha Pandemia y que soy consciente de que, en el traslado a la cita medica o procedimiento de _____, así como en la práctica de la misma, podría existir riesgo de contagio de la enfermedad, pese a la implementación de los protocolos exigidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, la permanente asesoría recibida por la Secretaría de Salud al lugar donde se lleva a cabo la consulta y en cumplimiento del Decreto 593 del 24 de abril de 2020, numerales 1,6 y 8 del artículo 3°, dejando claro que asumiré la responsabilidad que ello comprende.

Además de lo anterior, manifiesto que di respuesta a la Encuesta que me fuera remitida al correo electronico o whatsapp _____, la cual respondí y envié el día _____ al correo citas@gastrocentrobogota.com, atendiendo las recomendaciones de prevención exigidas en cuanto al ingreso del acompañante, uso de tapabocas y desinfección de manos antes de su ingreso al consultorio.

Finalmente, manifiesto que el personal de GASTRICARE SAS me ha aclarado las dudas que me han surgido por la aceptación voluntaria de los riesgos por mí asumidos en el presente escrito.



Nombre del Paciente
CC. No.

CLAUDIA COBOS RODRÍGUEZ
Representante Legal GASTRICARE SAS