



G CONSELLERIA  
O SALUT I CONSUM  
I SERVEI SALUT  
B ILLES BALEARS

## **Consentimiento informado para la atención domiciliaria de casos confirmados o en investigación de COVID-19**

Este documento tiene dos finalidades: la primera, que usted conozca y entienda la información que le daremos; la segunda, que se comprometa a seguir las instrucciones para poder recibir el tratamiento adecuado en su domicilio.

La enfermedad por coronavirus (COVID-19) es generalmente leve pero contagiosa, y por eso es muy importante que tome medidas de aislamiento y no salga de casa durante los días que le indiquen los profesionales sanitarios, tanto si está pendiente de estudio como si ya es un caso confirmado de infección. El aislamiento es una medida preventiva; no debe preocuparle. Todos los días le haremos un seguimiento, por teléfono o en persona, para comprobar su estado de salud. El seguimiento incluirá la recogida de muestras de la boca, la garganta o la nariz.

Si usted vive con otras personas, estas deben tener buena salud. Por tanto, no deben padecer ninguna enfermedad crónica, ni pueden tener ninguna condición que las haga vulnerables (por ejemplo, personas inmunodeprimidas, ancianos, embarazadas...).

Firmando este documento se compromete a permanecer en su casa. Si vive con otras personas, debe permanecer en una HABITACIÓN INDIVIDUAL bien ventilada y, si es posible, con un baño de uso exclusivo.

Mientras permanezca aislado, ha de disponer de un TELÉFONO para poder comunicarse en cualquier momento con el personal sanitario que le atiende.

Hasta que no deje de tener síntomas de la enfermedad y el resultado de los análisis de dos muestras sea negativo, tanto usted como las personas que convivan en su domicilio deben cumplir correctamente estas medidas básicas de higiene, prevención y control de la enfermedad:

- Usted tiene que permanecer la mayor parte del tiempo en una habitación individual; si no es posible, ha de mantener siempre una distancia mínima de 2 metros con las personas que vivan con usted.
- La puerta de la habitación debe estar siempre cerrada. Si es imprescindible que usted vaya a las zonas comunes de la casa, tiene que llevar puesta una mascarilla quirúrgica y lavarse las manos antes de salir de la habitación. Además, las zonas comunes deben estar bien ventiladas.
- La habitación debe tener una ventilación adecuada directa a la calle. No puede haber corriente forzada de aire proveniente de un sistema de calor o de refrigeración.

- Ha de disponer de un baño de uso exclusivo; si no es posible, hay que limpiarlo con lejía después de usarlo, cada vez.
- Ha de tener algún sistema (intercomunicador o teléfono móvil) para comunicarse con las personas que convivan con usted sin tener que salir de la habitación.
- Contrólese la temperatura dos veces al día.
- Lávese las manos a menudo con agua y jabón o con una solución hidroalcohólica, sobre todo después de toser o estornudar; asimismo, deseche los pañuelos que haya usado.
- Si es madre lactante, lleve puesta una mascarilla cuando esté cerca del bebé y lávese bien las manos antes de tener contacto.
- Todas las personas que vivan en la casa tienen que lavarse las manos con agua y jabón o con una solución hidroalcohólica después de tener contacto con el paciente o con su entorno inmediato.
- Las personas que viven con el paciente y las que se encargan de cuidarlo tienen que controlar si presentan síntomas o signos de infección respiratoria aguda (fiebre, tos, dolor de garganta y dificultad para respirar). Si alguna de ellas se pone enferma y tiene síntomas respiratorios como los de un catarro, ha de llamar inmediatamente al 061.
- Mientras permanezca aislado, el paciente será dado de baja de su trabajo por incapacidad temporal. El Servicio de Salud se encargará de documentar y comunicar esta situación, de modo que no será necesario que haga trámite alguno con su empresa.

Es muy importante limitar al mínimo el número de personas que entren en contacto con el paciente (es decir, no puede recibir visitas). Además, tanto el paciente como las personas que conviven con él han de seguir estrictamente estas indicaciones durante el aislamiento. Y es fundamental comunicar inmediatamente al personal sanitario que atiende al paciente cualquier cambio importante en su estado de salud.

Si no se cumplen estas indicaciones, las autoridades sanitarias pueden adoptar las medidas oportunas para controlar al paciente y a las personas que estén o hayan estado en contacto con este y con su entorno; también pueden tomar las medidas necesarias en los casos de riesgo de carácter transmisible.\*

Por todo ello, si decide no firmar este documento entenderemos que rechaza recibir atención a domicilio y se tomarán las medidas oportunas en materia de salud pública.

Si necesita aclarar cualquier duda, llame al 061, disponible durante las 24 horas del día.

---

\* De acuerdo con la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, y la Ley orgánica 3/1986, de 14 de abril, de medidas especiales en materia de salud pública.



GOIB

### Datos del paciente y del profesional implicado

|  |       |                     |
|--|-------|---------------------|
| Nombre y apellidos de la persona atendida    |       | Núm. doc. identidad |
|  |       |                     |
| Nombre y apellidos de quien la representa*   |       | Núm. doc. Identidad |
|  |       |                     |
| Nombre y apellidos del médico que la informa | Fecha | Firma               |
|  |       |                     |

\* En caso de incapacidad de la persona atendida.

### Consentimiento

MANIFIESTO que estoy de acuerdo con el tratamiento preventivo que se me ha propuesto. He leído y he entendido toda la información que se me ha dado en este documento. He podido hacer preguntas y aclarar todas las dudas. Por ello tomo de manera consciente y libre la decisión de cumplir las indicaciones que he recibido.

Otras circunstancias que deseo hacer constar

Nombre y apellidos de la persona atendida      Nombre y apellidos de quien la representa

.....

[firma]

[firma]

....., ..... de ..... de 20.....

¿Se ha entregado a la persona atendida una copia del documento?     Sí     No



### **Recomendación para el paciente pendiente de estudio**

Si usted se encuentra fuera de su domicilio (por ejemplo, en un centro de salud o en el servicio de urgencias de un hospital), le recomendamos que vuelva directamente a su casa evitando las zonas públicas y, si es posible, usando un vehículo particular en vez del transporte público.

### **Consentimiento verbal para los pacientes confirmado que permanecen en el domicilio**

Lea el documento y pregunte todas las dudas que le surjan. Si está de acuerdo con las instrucciones para poder ser atendido en su casa, tendrá que manifestarlo cuando reciba una llamada del 061.

### **Información para el alta hospitalaria precoz**

Le informamos de que usted es un paciente diagnosticado de COVID-19 que cumple los criterios necesarios para el seguimiento domiciliario. Firmando este documento usted se compromete a seguir las instrucciones que le entregaremos en el momento de recibir el alta.