



www.threerivershospital.net
 507 Hospital Way, Brewster, WA 98812
 509.689.2517



www.brewsterclinic.org
 415 Hospital Way, Brewster, WA 98812
 509.689.3749

Consentimiento para Atención durante la Pandemia por COVID-19 *Consent to Treat During COVID-19 Pandemic*

Nombre (Letra de Imprenta Por Favor): _____

Intérprete: No Sí: Nombre del Intérprete: _____

Yo elijo recibir atención médica que es electiva y no es urgente.

Yo entiendo que estoy recibiendo atención médica durante la pandemia por COVID-19. Es fácil que el COVID-19 se vaya propagando de una persona a otra.

Soy consciente que el gobierno recomienda el distanciamiento físico (mantener la distancia entre una persona y otra) para evitar la propagación.

Aun cuando **Hospital Three Rivers y Clínica de Medicina Familiar Three Rivers** sigue las pautas estatales y federales de control de infección para detener la propagación de COVID-19, yo sé que a pesar de eso podría infectarme a causa de otras personas que estén presentes durante mi tratamiento o atención. Aquellas que estén presentes pueden saberlo o no que están infectados, y esto añade un riesgo al llevar a cabo la atención médica.

Al leer esta hoja, yo sé que **Hospital Three Rivers y Clínica de Medicina Familiar Three Rivers** está tomando estas medidas para proteger del COVID-19 a los pacientes:

- Elegiendo cuidadosamente a los pacientes para atención electiva
- Distanciamiento físico cuando sea posible
- Examinando al personal y pacientes con anticipación
- Uso de Equipo de Protección Individual (PPE en inglés)
- Limpieza para control de infecciones, basándose en recomendaciones estatales y federales.

Conociendo los riesgos, me gustaría proceder con mi tratamiento. Me dieron la opción de recibir atención posteriormente (más adelante). Soy consciente que puedo hablar sobre esta opción con el médico o prestador de servicios médicos.

Yo confirmo que he leído y entiendo lo que dice esta hoja. Me dieron la opción de recibir atención posteriormente (más adelante) Mis pregunta fueron completamente contestadas.

Firma del Paciente o Representante Legal: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Parentesco del Representante con el Paciente: _____

Firma del Testigo : _____ Fecha: _____ Hora: _____

