



“Educamos en el amor y para el amor”

CONSENTIMIENTO INFORMADO COVID-19

Por favor diligenciar la siguiente información de forma clara y veraz.

NOMBRE Y APELLIDO		N° DE IDENTIFICACIÓN	
EPS		EDAD	
FECHA		RH	
NUMERO DE CELULAR		N° TELEFÓNICO DEL CONTACTO	
CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA			

AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación del COVID-19, decretada por las autoridades públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la vida de las personas, en consecuencia, autorizo al **COLEGIO ADORATRICES PEREIRA**, para el manejo de la información aportada en esta autoevaluación de síntomas COVID-19 con el propósito de desarrollar acciones de promoción y prevención frente al riesgo de contagio acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y las demás autoridades competentes.

De conformidad con lo establecido en la ley 1581 de 2012 de protección de datos personales, se podrá suministrar información a las entidades públicas o administrativas que en el ejercicio de sus funciones legales así lo requieran, o a las personas establecidas en el artículo 13 de la ley.

Los datos proporcionados por el usuario deben de ser veraces, completos, exactos, actualizados, comprobables y comprensibles y en consecuencia el usuario asume toda la responsabilidad sobre la omisión, falta de veracidad o exactitud de estos.

La autoevaluación es una guía de identificación de síntomas y signos de alarma que puedan estar relacionados con el coronavirus COVID-19, pero en ningún caso reemplaza la atención medica ni las pruebas diagnósticas realizadas por el personal médico autorizado.

Finalmente es de importancia conocer la siguiente información:

ANTECEDENTES PERSONALES:

ANTECEDENTES PATOLOGICOS

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES:

Cardiopatías en tratamiento, hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, Dislipidemias en tratamiento, Obesidad grado 2, Antecedentes de infarto al miocardio, Antecedentes de enfermedad cardiovascular, Trombosis venosa profunda.

¿SI ____ NO ____ ¿Cuál (es)? _____

ENFERMEDADES QUE AFECTEN EL SISTEMA INMUNOLÓGICO:

Infección por VIH, Cáncer activo o en remisión, Enfermedades autoinmunes (Artritis reumatoide, reumatoidea, Lupus eritematoso sistémico, Espondilo artritis, Esclerodermia, Esclerosis sistémica, Síndrome de Sjogren), te encuentras en tratamiento con medicamentos biológicos, corticoides o inmunosupresores, quimioterapia o radioterapia o tienes antecedentes de trasplante

SI ____ NO ____ ¿Cuál(es)? _____

ENFERMEDADES PULMONARES CRONICAS:

Asma, Enfisema pulmonar, Bronquitis crónica, Fibrosis quística, Secuelas pulmonares obstructivas, Pulmón único, Tuberculosis pulmonar activa o en remisión.

SI ____ NO ____ ¿Cuál(es)? _____

OTRAS ENFERMEDADES CRÓNICAS PREDISPONENTES:

Insuficiencia renal crónica, Cirrosis hepática, Infección por Hepatitis B o C activa o en remisión, antecedentes de cirugía bariátrica, Malabsorción, Enfermedad de Hansen, Secuelas neurológicas con afección funcional, entre otros.

SI ____ NO ____ ¿Cuál(es)? _____