

**Consentimiento Informado: Emergencia sanitaria por COVID-19**

**Atención Presencial - Sesión de Psicopedagogía**

El/la \_\_\_\_\_ que \_\_\_\_\_ suscribe  
\_\_\_\_\_,

DNI \_\_\_\_\_ Nº..... con \_\_\_\_\_ domicilio  
en..... **DECLARO BAJO JURAMENTO** conocer y  
respetar las disposiciones y medidas preventivas de contagio de Covid-19, por la atención presencial  
en el contexto del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio, asumiendo los riesgos del encuentro  
presencial con el/la profesional que me asiste / asiste a mi hijo/a  
..... DNI N° .....

Asimismo declaro que el profesional psicopedagogo tratante, Lic. ...., Matrícula  
N°..... me ha explicado que los grupos de riesgo de Covid-19 son: personas mayores de 60 años de  
edad; embarazadas; personas que padecen una enfermedad respiratoria crónica, personas con  
enfermedades cardíacas, personas con inmunodeficiencias, personas con diabetes tipo I  
(insulinodependiente) y personas con insuficiencia renal crónica.

Se me han informado los requisitos indispensables para el ejercicio profesional de la Psicopedagogía  
en este entorno, para el cuidado del/ de la profesional y del/ de la paciente en la atención  
psicopedagógica clínica presencial:

1. Se ha agotado la instancia de modalidad virtual y se requiere de atención presencial.
2. El turno es acordado telefónicamente entre el profesional y el paciente (familia del paciente) y será respetado para evitar encuentros en el ingreso al consultorio.
3. Las medidas de seguridad, higiene y prevención de este protocolo han sido trabajadas en la modalidad telefónica o virtual con el paciente y su familia previamente a la atención.
4. No se puede utilizar la sala de espera. En caso de que el paciente deba concurrir acompañado por un adulto, éste debe esperar fuera del domicilio del consultorio.
5. Sólo puede ingresar un paciente al consultorio. Se mantendrá la distancia de seguridad entre profesional, paciente y acompañante.
6. El uso del tapaboca en forma permanente es obligatorio para todos los presentes, respetando los dos metros de distancia con el profesional.

7. La atención se realizará sin contacto físico (no besar, no dar la mano, no abrazar, no tocar codos). Al entrar al consultorio el profesional y el paciente se pondrán alcohol en gel en las manos.
8. En el consultorio se utiliza barrera o mampara sanitaria sobre el escritorio y se deja libre suficiente tiempo entre cada paciente para desinfectar y ventilar al terminar la consulta.
9. El paciente trae sus propios útiles. No se compartirán los materiales de trabajo.
10. No está permitido ingerir comidas ni bebidas en el consultorio

También se me ha advertido que el paciente y su acompañante, en caso de presentar síntomas compatibles con Covid-19, como son la fiebre (más de 37,5º), tos, dolor de garganta, dificultad para respirar, anosmia (pérdida del sentido del olfato) y/o disgeusia (pérdida del sentido del gusto) no deben asistir al turno programado. En caso que los síntomas aparezcan dentro de los 14 días de realizada la consulta, deberán informarlo al/ a la profesional tratante.

CONSIDERANDO LO AQUÍ DESCRITO, **DOY MI CONSENTIMIENTO A FIN DE RECIBIR LOS SERVICIOS PROFESIONALES** DEL/ DE LA LIC. .... en la ciudad de..... a los ..... días del mes de ..... del año 2020.

.....  
FIRMA DEL PACIENTE /  
RESPONSABLE DEL PACIENTE

.....  
ACLARACIÓN

.....  
DNI