

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON
COVID-19; CORONAVIRUS; SARS-CoV-2

1 / 2

- 1- Yo _____ en pleno uso de mis derechos y de mis facultades mentales dejo constancia que he sido ampliamente informado por mi Médico Tratante _____ con Cédula Profesional Número _____ sobre la evolución actual de mi enfermedad, la que consiste en una infección por el virus SARS-CoV-2 también conocido como Coronavirus Covid-19, la cual puede hacer necesario mi traslado a terapia intensiva el uso de respirador artificial y eventualmente poner en riesgo mi vida.

- 2- Ante esta situación, se me ha propuesto recibir Tratamiento Alternativo a base de CL02 en Dosis Pre-Establecidas dentro del Rango Terapéutico conforme al Código de Helsinki de la Asociación Médica Mundial 2013, significa la posibilidad de utilizar un tratamiento experimental para un uso distinto al que oficialmente se encuentra registrado y autorizado, en la medida en que no existan tratamientos de eficacia demostrada que hayan sido aprobados por las administraciones internacionales incluyendo a la FDA que es la Food And Drug Administration de los Estados Unidos de Norteamérica o la COFEPRIS que es la Comisión Federal para la Protección de Riesgos Sanitarios en la República Mexicana, ya que la evolución de la afección padecida significa una amenaza para la salud o integridad o vida de la persona que la padece.

- 3- Me han explicado y he comprendido que hasta el momento no existe un tratamiento específico probado y autorizado para esta infección viral pero que, sin embargo, ante la necesidad de ofrecer un tratamiento alternativo que intente mejorar la evolución de mi enfermedad y la sobrevida, recibiré tratamiento a base de CLO2 en dosis que se encuentran dentro del rango terapéutico que se encuentra en una magnitud que se encuentra por debajo del nivel 1/30 de la DL50.

- 4- Se me ha explicado, y he comprendido que, por el momento este tratamiento es una alternativa eficaz, segura y económica y disponible de inmediato y que se seguirá el esquema de tratamiento que ha sido validado previamente en pacientes con la misma enfermedad con resultados positivos. El mismo tratamiento se podrá ir modificando en el tiempo según la evidencia disponible.

- 5- He comprendido que la prescripción de CLO2 se realiza con el objetivo de intentar detener el agravamiento y de mejorar mi estado de salud.

- 6- He sido informado verbalmente del riesgo de interacciones farmacológicas. Se me ha explicado en términos claros y sencillos y he comprendido que estos tratamientos pueden manifestaciones de intolerancia además de tener efectos adversos variados los cuales se pueden presentar por la evolución de la enfermedad COVID-19 así como por su tratamiento a base de CLO2 incluyendo náusea, diarrea, fatiga, dolor de cabeza, ansiedad, insomnio, debilidad, dolor muscular, etc.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON
COVID-19; CORONAVIRUS; SARS-CoV-2

2 / 2

8- Soy consciente que la práctica de la Medicina no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el profesional me ha informado adecuadamente del objetivo buscado con el tratamiento, no me ha sido garantizada la obtención del mismo.

9- Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas por otros profesionales.

10-Manifiesto ser alérgico/a a: _____

11- Autorizo a los Médicos y Profesionales de la Salud que intervengan en el estudio y tratamiento de mi caso a efectuar la documentación del procedimiento por fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, siempre que se haga absoluta reserva de mi identidad.

12- Expreso, además, que he podido realizar todas las consultas que me surgieron, y que las mismas han sido respondidas, habiendo comprendido los beneficios, riesgos y ausencia de alternativas disponibles al tratamiento propuesto, consiento la iniciación del protocolo propuesto.

Nombre y Firma del Paciente:

Nombre y Firma del Médico:

Lugar:

Fecha: