

COVID-19 RISK INFORMED CONSENT

I _____ (patient name) understand that I am opting for an elective treatment/procedure/surgery that is not urgent and may not be medically necessary. I also understand that the novel coronavirus, COVID-19, has been declared a worldwide pandemic by the World Health Organization. I further understand that COVID-19 is extremely contagious and is believed to spread by person-to-person contact; and, as a result, federal and state health agencies recommend social distancing. I recognize that Dr. Charles Galanis and all the staff at Galanis Plastic Surgery are closely monitoring this situation and have put in place reasonable preventative measures aimed to reduce the spread of COVID-19. However, given the nature of the virus, I understand there is an inherent risk of becoming infected with COVID-19 by virtue of proceeding with this elective treatment/procedure/surgery. I hereby acknowledge and assume the risk of becoming infected with COVID-19 through this elective treatment/procedure/surgery, and I give my express permission for Dr. Charles Galanis and all the staff at Galanis Plastic Surgery to proceed with the same. I understand that, even if I have been tested for COVID and received a negative test result, the tests in some cases may fail to detect the virus or I may have contracted COVID after the test. I understand that, if I have a COVID-19 infection, and even if I do not have any symptoms for the same, proceeding with this elective treatment/procedure/surgery can lead to a higher chance of complication and death. I understand that possible exposure to COVID-19 before/during/after my treatment/procedure/surgery may result in the following: a positive COVID-19 diagnosis, extended quarantine/self-isolation, additional tests, hospitalization that may require medical therapy, intensive care treatment, possible need for intubation/ventilator support, short-term or long-term intubation, other potential complications, and the risk of death. In addition, after my elective treatment/procedure/surgery, I may need additional care that may require me to go to an emergency room or a hospital. I understand that COVID-19 may cause additional risks, some or many of which may not currently be known at this time, in addition to the risks described herein, as well as those risks for the treatment/procedure/surgery itself. I have been given the option to defer my treatment/procedure/surgery to a later date. However, I understand all the potential risks, including but not limited to the potential short-term and long-term complications related to COVID-19, and I would like to proceed with my desired treatment/procedure/surgery

INFORMED CONSENT FOR COVID-19 RISK I UNDERSTAND THE EXPLANATION AND HAVE NO MORE QUESTIONS AND CONSENT TO THE PROCEDURE. Patient or

Patient _____ Date/Time _____

Physician _____ Date/Time _____

Witness _____ Date/Time _____

COVID-19 CONSENTIMIENTO INFORMADO DE RIESGO

Yo _____ (nombre del paciente) entiendo que estoy optando por un tratamiento/procedimiento/cirugía electiva que no es urgente y puede no ser médicamente necesario. También entiendo que el nuevo coronavirus, COVID-19, ha sido declarado pandemia mundial por la Organización Mundial de la Salud. Entiendo además que COVID-19 es extremadamente contagioso y se cree que se propaga por contacto persona a persona; y, como resultado, las agencias de salud federales y estatales recomiendan el distanciamiento social. Reconozco que el Dr. Charles Galanis y todo el personal de Galanis Plastic Surgery están monitoreando de cerca esta situación y han puesto en marcha medidas preventivas razonables destinadas a reducir la propagación de COVID-19.

Sin embargo, dada la naturaleza del virus, entiendo que existe un riesgo inherente de infectarse con COVID-19 en virtud de proceder con este tratamiento electivo / procedimiento / cirugía.

Por la presente reconozco y asumo el riesgo de infectarse con COVID-19 a través de este tratamiento/procedimiento/cirugía electiva, y doy mi permiso expreso para que el Dr. Charles Galanis y todo el personal de Galanis Plastic Surgery procedan con el mismo. Entiendo que, incluso si me han hecho pruebas para COVID y he recibido un resultado negativo de la prueba, las pruebas en algunos casos pueden no detectar el virus o puede haber contratado COVID después de la prueba.

Entiendo que, si tengo una infección COVID-19, e incluso si no tengo ningún síntoma para la misma, proceder con este tratamiento / procedimiento / cirugía electiva puede conducir a una mayor probabilidad de complicación y muerte. Entiendo que la posible exposición a COVID-19 antes/durante/después de mi tratamiento/procedimiento/cirugía puede resultar en lo siguiente: un diagnóstico positivo de COVID-19, cuarentena/autoaislamiento extendido, pruebas adicionales, hospitalización que puede requerir terapia médica, tratamiento de cuidados intensivos, posible necesidad de intubación/apoyo al respirador, intubación a corto o largo plazo, otras complicaciones potenciales y el riesgo de muerte. Además, después de mi tratamiento/procedimiento/cirugía electiva, es posible que necesite atención adicional que pueda requerir que vaya a una sala de emergencias o a un hospital.

Entiendo que COVID-19 puede causar riesgos adicionales, algunos o muchos de los cuales pueden no ser conocidos actualmente en este momento, además de los riesgos descritos en este documento, así como los riesgos para el tratamiento / procedimiento / cirugía en sí.

Se me ha dado la opción de aplazar mi tratamiento/procedimiento/cirugía a una fecha posterior. Sin embargo, entiendo todos los riesgos potenciales, incluyendo pero no limitado a las posibles complicaciones a corto y largo plazo relacionadas con COVID-19, y me gustaría continuar con mi tratamiento /procedimiento/cirugía deseados

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL RIESGO COVID-19 ENTIENDO LA EXPLICACIÓN Y NO TENGO MAS PREGUNTAS Y DOY CONSENTIMIENTO AL PROCEDIMIENTO.

Firma Paciente _____

Aclaración _____, Numero de documento _____

Hora _____

Fecha _____

Firma Testigo _____

Aclaración _____, Numero de documento _____

Hora _____

Fecha _____