

SYSTEMA DE EMS DE NORTHWEST COMMUNITY
Acuerdo del Paciente para no ser transportado durante la Pandemia COVID-19

| | | | |
|---|-------|--------------|--|
| Agencia Servicios Médicos de Urgencias: | | Incidente #: | |
| Fecha: | | Hora: | |
| Nombre del Paciente (en imprenta): | | Dirección: | |
| Fecha de Nacimiento: | Sexo: | Teléfono #: | |

El paciente NO LLENA ningún de los siguientes REQUISITOS que constituyen factores de riesgo de enfermedad severa debido a Covid-19

| | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Ser mayor de 65 años • Residente en asilo de ancianos o centro de atención a largo plazo • Enfermedad pulmonar crónica; asma moderada o severa • Enfermedad cardiaca con complicaciones/hipertensión incontrolable • Diabetes M; insuficiencia renal, enfermedad hepática • Obesidad con un IMC (índice de masa corporal) igual o superior a 40 | Estado de Inmunodeficiencia: Tratamiento de cáncer, transplante de órganos o de medula ósea, deficiencias inmunológicas, VIH o Sida mal controlados, y uso prolongado de medicamentos que debilitan en sistema inmunológico o corticoide. Embarazo |
|--|---|

En la actualidad el paciente NO reúne señales o síntomas que podrían indicar enfermedad grave causada por Covid-19

| | |
|---|---|
| Fiebre mayor de 100° F | Signos vitales anormales y/o evidencia de hipoxia |
| Falta de aliento | Dolor de cabeza severo o estado mental alterado nuevo |
| Sonidos respiratorios anormales o producción de esputo anormal pulmonía | Señales y síntomas de sepsis o choque séptico |

Divulgación para el paciente /Representante legal si el paciente es menor de edad

En base a su edad, historial médico, y nuestra evaluación, su estado de salud es aparentemente bueno, o existe la posibilidad que padezca de alguna leve enfermedad infecciosa que puede incluir Covid-19.

Los hospitales no disponen de capacidad para efectuar pruebas de Covid-19 a todas las personas que ingresan a la Sala de Urgencias cuando presentan síntomas leves o no presentan síntomas. Estamos cumpliendo con normas nacionales establecidas que determinan orden de prioridad para llevar a cabo pruebas de Covid-19.

Afortunadamente en este momento, **usted no cumple con el criterio para ser evaluado en el hospital.** De esta manera se logra limitar el riesgo de contagio y se preservan los recursos. Por este motivo **usted no será transportado al hospital.**

Nuestra recomendación es que usted se comunique con su médico. Si usted tiene acceso a una computadora, muchos grupos médicos están capacitados para llevar a cabo una consulta virtual. Para obtener más información se puede comunicar con líneas de ayuda que ofrece el estado, condado y hospital o en el siguiente sitio web: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/if-you-are-sick/steps-when-sick.html>.

Si empeora su estado de salud usted no debe vacilar en comunicarse inmediatamente con su médico, llamar al 9-1-1, o dirigirse a la Sala de Urgencias.

Reconocimiento del Paciente/Representante Legal del paciente

Entiendo la información suministrada por EMS (Servicios Médicos de Urgencias). Reconozco que yo el paciente fui evaluado, y me han dado suficiente oportunidad de hacer preguntas y que en este momento puedo seguir las instrucciones para manejar mi estado de salud en casa. Entiendo que si empeora mi estado de salud debo buscar auxilio inmediato y me comunico con mi médico, llamo al 9-1-1 o me dirijo a la Sala de Urgencias.

 Firma PACIENTE /REPRESENTANTE LEGAL

Firmas de EMS

 Testigo (En imprenta apellido/Firma Paramédico/ PHRN)

 Testigo (En imprenta apellido/Firma)