

**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

- 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 médula 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 Date

**CHECK HERE** if patient/surrogate gave verbal consent for EMS to sign on the patient's behalf

\_\_\_\_\_  
 EMS member PRINTED NAME & Signature (Do NOT sign patient's name) Date

\_\_\_\_\_  
 Witness (PRINT Last NAME/Signature Paramedic/ PHRN) Date