



CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DURANTE LA PANDEMIA DE CORONAVIRUS (COVID-19)

COVID-19 es una pandemia en rápida evolución. En este momento, se sabe muy poco sobre COVID-19, particularmente relacionado con su efecto en pacientes embarazadas. En la actualidad, no existen recomendaciones específicas para pacientes embarazadas con respecto a la evaluación y manejo de COVID-19.

Los datos actualmente disponibles sobre COVID-19 no indican que las pacientes embarazadas estén en mayor riesgo. Sin embargo, las pacientes embarazadas son más susceptibles y tienen un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad por otras infecciones respiratorias como la gripe y el SARS-CoV. Además, los datos anteriores sugieren que algunas enfermedades febriles en el embarazo pueden estar asociadas con un mayor riesgo de defectos de nacimiento, aborto espontáneo, muerte fetal y parto prematuro.

Se han informado resultados adversos en los lactantes (por ejemplo, parto prematuro) entre los lactantes nacidos de pacientes con positivo para COVID-19 durante el embarazo. Sin embargo, esta información se basa en datos limitados y no está claro si estos resultados estaban relacionados con la infección de pacientes embarazadas o no. Actualmente, no está claro si COVID-19 puede cruzar la placenta hacia el feto. En una serie reciente de casos limitados de bebés nacidos de pacientes infectados con COVID-19 publicados en la literatura revisada por pares, ninguno de los bebés dio positivo por COVID-19. Actualmente se desconoce qué medicamentos se pueden usar para combatir el virus. Es posible que algunos de estos medicamentos estén contraindicados en el embarazo.

Al firmar a continuación, yo / nosotros aceptamos las siguientes declaraciones:

1. Actualmente, el Centro de Fertilidad y Especialidad para Mujeres (WSFC) no tiene acceso a las pruebas para COVID-19.
2. Si estoy directamente expuesto, infectado o diagnosticado con COVID-19, o tengo síntomas de alguna enfermedad febril o tengo síntomas similares a los de la gripe que posiblemente podrían ser COVID-19 (incluso en ausencia de una prueba COVID-19 positiva) mi / Nuestro ciclo de tratamiento será cancelado.
3. Mi / nuestro ciclo de tratamiento puede cancelarse si WSFC no puede apoyar el tratamiento como resultado de la falta de personal esencial o escasez de suministros.
4. Mi / nuestro ciclo de tratamiento puede cancelarse si hay un cambio en las regulaciones a nivel local, estatal o federal, como un edicto para dejar de proporcionar servicios o procedimientos, o si se requiere que WSFC cierre.
5. Yo / nosotros podríamos estar expuestos al COVID-19 antes o durante el tratamiento de otros pacientes o un proveedor de WSFC.
6. El riesgo de COVID-19 en el embarazo, si lo hay, se desconoce, pero podría incluir, entre otros, defectos de nacimiento, aborto espontáneo, muerte fetal o parto prematuro.



7. La Sociedad Estadounidense de Medicina Reproductiva (ASRM) ha brindado orientación para las clínicas de fertilidad en todo el país, independientemente de su ubicación. Tenga en cuenta que estas son recomendaciones generales y no obligatorias.
8. Mi / nuestro ciclo de tratamiento puede cancelarse si durante el tratamiento surgen nuevos datos que exijan la cancelación del tratamiento por mi seguridad o por mi futuro embarazo.

Si el ciclo se cancela por cualquier motivo, incluidas, entre otras, las declaraciones anteriores, esto puede afectar mis beneficios de seguro y / o yo / nosotros podemos ser financieramente responsables de los servicios prestados, incluidos los gastos de medicamentos incurridos. WSFC solo reembolsará mi / nuestro depósito por servicios no recibidos.

He / hemos discutido las implicaciones de COVID-19 con mi / nuestro proveedor, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibir respuestas a mi / nuestra satisfacción. Yo / nosotros entendemos que la información sobre COVID-19 y la comprensión de las comunidades médicas de esta enfermedad está evolucionando rápidamente y ese riesgo puede salir a la luz de lo que yo / nosotros actualmente no estamos al tanto.

Nombre Del Paciente

Firma Del Paciente

Fecha:

Fecha De Nacimiento

Nombre De Su Pareja

Firma De Su Pareja

Fecha:

Fecha De Nacimiento