

**My Eye Doctor, Inc**

**(Dr. Amarella E. Dalmazzo, OD)**

**Formulario de Consentimiento para Examen y Tratamiento Esencial en Pandemia COVID – 19**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Resultado de toma de temperatura: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Fecha/Hora: \_\_\_\_\_

Por favor lea cuidadosamente los siguientes enunciados y ponga sus iniciales junto a cada artículo para confirmar que cada enunciado es correcto. Si no puede confirmar como validas todas las afirmaciones siguientes deberá posponer o volver a programar su visita en una fecha posterior.

\_\_\_ No tengo al momento, ni he tenido en las últimas 2 semanas, fiebre, tos, molestias de garganta, perdida de olfato/gusto u otros síntomas de gripe.

\_\_\_ De lo que tengo conocimiento, no tengo ni he estado en contacto directo con alguien que haya sido diagnosticado con COVID-19 o que se presuma positivo ante los exámenes de COVID-19 en los últimos 30 días.

\_\_\_ En lo que a mi concierne, ni yo ni las personas que viven cerca de mi, han viajado fuera del estado en los últimos 30 días.

Al firmar este formulario, acepto que la **Dra. Amarella E. Dalmazzo, OD** o cualquiera de sus doctores o empleados NO podrán ser responsabilizados en el caso de que yo, o alguien con quien entre en contacto, resulte positivo o se presuma positivo del diagnóstico del virus COVID-19. Existen riesgos inherentes a los exámenes médicos durante una pandemia y asumo plena responsabilidad por cualquier enfermedad o malestar que puedan resultar por lo que eximo de cualquier culpa a la **Dra. Amarella E. Dalmazzo, OD**, a sus doctores y empleados por daños o pérdidas relacionadas con mi visita. Entiendo que la infección del COVID-19 puede generar enfermedad, incapacidad o hasta muerte y acepto expresamente el riesgo de exposición al ser mi examen esencial para mantener mi visión.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE COMPLETO

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
FECHA