

LIMITACION DE RESPONSABILIDAD: (Dermatoscopía COVID-19)

Por medio de la presente declaro que he requerido voluntariamente a la/el Dr/ala realización de la consulta en forma presencial, asumiendo en consecuencia bajo mi exclusiva responsabilidad los riesgos de un posible contagio de Covid-19 o coronavirus.

Dejo constancia de que se me ha exigido el cumplimiento de los recaudos sanitarios de prevención para disminuir recíprocamente el riesgo de contagio, como ser: mantener la distancia interpersonal a más de 1,5/2mts., uso de barbijo o tapaboca obligatorio durante toda la consulta, lavado de manos antes y después de la consulta y no concurrir al consultorio con anterioridad al horario fijado, ni retirarse posteriormente al horario de salida programado previamente, de modo tal de no interactuar con otros pacientes .

Declaro también que no he registrado en los últimos 14 días ningún síntoma de los que públicamente se han mencionado como posibles indicadores de enfermedad por Covid-19, como ser: fiebre mayor a 37.5 grados, dolor de garganta, tos, dolor muscular, pérdida del olfato y el gusto o dificultades respiratorias, entre otros. Así mismo declaro no haber estado en contacto estrecho con alguien con enfermedad activa por Covid-19 en igual lapso de tiempo.

Por todo lo cual libero de toda responsabilidad al Dr/a..... en relación a cualquier tipo de perjuicio que pueda derivarse de un eventual contagio de Covid-19 ó coronavirus como consecuencia de la consulta presencial, ya sea en consultorio o domicilio del paciente como así también durante el traslado de ida y vuelta del consultorio al domicilio particular del paciente .

Lugar y Fecha:.....

Firma:

Aclaración:

DNI: