

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO EN EL ÁMBITO DE LA LOGOPEDIA DURANTE LA CRISIS SANITARIA DEL COVID-19

El/la \*\*\*\*\*, con DNI número \*\*\*\*\*, y con número de logopeda colegiado \*\*\*\*\*, de conformidad con lo que dispone el artículo 8.2 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica y conforme con el artículo 6.2 de la Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concerniente a la salud y la autonomía del paciente, y la documentación clínica, **INFORMA** al/la paciente \*\*\*\*\* con DNI número \*\*\*\*\* de lo siguiente:

- 1) El tratamiento logopédico asistencial consistirá en \*\*\*\*\* (describir el tratamiento y procedimiento asistencial) que comportará la asistencia física y presencial con el/la paciente.
- 2) Dada la crisis sanitaria del Covid-19 y de conformidad con el estado de alarma decretado por el gobierno del Estado, para poder realizar el tratamiento en logopedia descrito, se deberán adoptar las medidas de seguridad e higiene personales para poder mantener contacto con el paciente al empezar el tratamiento y así prevenir el contagio de la enfermedad.
- 3) Dada la propia naturaleza de los tratamientos asistenciales en logopedia, ésta implica un contacto directo con el paciente, es por esto que se informa el/la paciente que no se puede garantizar un riesgo cero de transmisión del covid-19 durante la asistencia del profesional sanitario todo y seguirse las recomendaciones de Salud y utilizarse todos los medios de protección existentes.
- 4) Así mismo, el/la logopeda declara haber tomado todas las medidas exigibles para prevenir todo tipo de contagios para poder tratar el/la paciente de acuerdo con el tratamiento logopédico descrito.  
Estas medidas son las siguientes: \*\*\*\*\*
- 5) Informar al/la paciente la opción de revocar el consentimiento informado en cualquier momento antes del inicio del tratamiento asistencial.

Así mismo el/la paciente Sr/a \*\*\*\*\* con DNI número \*\*\*\*\* **DECLARA** que:

- 1) Da su consentimiento al/la logopeda para la realización del tratamiento logopédico asistencial descrito en este documento de consentimiento informado.
- 2) Reconoce ser conocedor/a del riesgo de contagio del covid-19 por la propia naturaleza de los tratamientos en logopedia, dado que implica un contacto directo con el logopeda y asume el riesgo de transmisión que se pueda derivar del tratamiento, todo y haberse seguido las indicaciones y disponer de todos los medios de protección disponibles durante el tratamiento.
- 3) Consecuentemente con lo anterior, exonera el/la logopeda de cualquier tipo de consecuencia que se pueda derivar del tratamiento asistencial, incluida la responsabilidad por contagio del

Covid-19, siempre que no sean fruto de la mala praxis profesional.

- 4) Antes de iniciarse el tratamiento asistencial, ha facilitado a el/la logopeda toda la información sobre su estado actual de salud, sobre todo en lo referente a no tener ningún tipo de síntoma o sospecha de tener la infección del Covid-19.
- 5) Ha estado correctamente informado/da, habiendo recibido y entendido satisfactoriamente la información facilitada por el/la logopeda y habiendo podido plantearle sus dudas y éstas haber sido aclaradas.

Y para que así conste, se firma el presente documento relativo al consentimiento informado en el tratamiento en logopedia.

, a                      de                      de 2020

<b>FIRMA del/la LOGOPEDA que informa</b>	<b>FIRMA del/la PACIENTE o de su REPRESENTANTE LEGAL</b>
--	--