



Dr. Ilan Cohen
Cornea & Cataract Surgery

Dr. Krishna Morar
Comprehensive Eye Care

Dr. Nancy Argano
Comprehensive Eye Care

Dr. Nathalie Chen
Comprehensive Eye Care

Formulario de consentimiento para el tratamiento de la pandemia COVID-19

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Por favor lea y inicial junto a las siguientes declaraciones. Si no puede afirmar positivamente todas estas preguntas, se le pedirá que posponga su cita para una fecha posterior.

_____ No tengo, o he tenido en las últimas dos semanas fiebre, tos, falta de aliento, pérdida del gusto u olfato.

_____ Hasta donde sé, no he estado en contacto directo con alguien que haya confirmado el diagnóstico de COVID-19, ni he estado cerca de alguien que experimente los síntomas descritos anteriormente.

Al firmar este formulario, acepto que no responsabilizaré personalmente al Instituto Cohen Eye ni a ninguno de sus médicos o personal en caso de que yo, o alguien con quien entre en contacto, tenga un diagnóstico positivo o se presuma positivo con el virus COVID-19. Existen ciertos riesgos inherentes asociados con recibir atención de la vista durante una pandemia y asumo toda la responsabilidad por la enfermedad personal que pueda resultar y liberar y dar de alta a Cohen Eye Institute y sus médicos y personal por lesiones, pérdidas o daños que surjan de mi visita. Entiendo que la infección por COVID-19 puede provocar enfermedades, discapacidades o incluso la muerte, y a sabiendas corro el riesgo de exposición, ya que considero que mi examen ocular es vital para el mantenimiento de mi visión.

Firma: _____