



**C O. LOG.EX.**

Colegio Profesional de Logopedas de Extremadura  
C.I.F.: Q-0600535 I

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO ATENCIÓN LOGOPEDIA DURANTE LA CRISIS SANITARIA DEL COVID-19**

El presente documento sirve para que usted, o quien lo represente, por voluntad propia y debidamente informado, otorgue su consentimiento para recibir tratamiento presencial de logopedia durante la desescalada en crisis sanitaria del COVID-19, entendiendo que un profesional sanitario ha determinado que usted se encuentra en una situación que requiere atención de forma presencial, dado que el paciente podría tener una evolución desfavorable si se demora su tratamiento. Eso significa que autoriza a ser tratado, siendo consciente de que se adoptarán las medidas de prevención de contagio de la enfermedad y de seguridad e higiene personales para poder mantener contacto con el profesional sanitario (tanto por el profesional como por el paciente).

Además, manifiesta que ha facilitado al logopeda toda la información sobre su estado actual de salud, sobre todo en lo que se refiere a no tener ningún tipo de síntoma o sospecha de estar afectado por la infección de COVID-19, ni haber estado en contacto con personas afectadas o sospechosas (indicar si presenta alguno de los síntomas y signos que se indican a continuación):

- Fiebre
- Tos
- Dificultad para respirar (sensación de falta el aire)
- Escalofríos
- Temblores y escalofríos que no ceden
- Dolor muscular
- Dolor de cabeza
- Dolor de garganta
- Pérdida reciente del olfato o el gusto

Si usted se encuentra en alguna de las anteriores circunstancias, deberá comunicarlo al logopeda.

El logopeda Sr./Sra. \_\_\_\_\_ ha tomado las medidas exigibles para prevenir todo tipo de contagios, y del mismo modo, el logopeda le informa que no presenta ninguno de los síntomas anteriormente citados, y así lo constata el/la paciente \_\_\_\_\_, de forma que le libera de cualquier tipo de consecuencia que se pueda derivar del tratamiento asistencial, siempre que no sean fruto de la mala praxis profesional. El paciente es conocedor del alto riesgo de contagio por la propia naturaleza de los tratamientos logopédicos, dado que implican un contacto directo y cercano con el paciente y no se puede garantizar un riesgo nulo de transmisión, aun usando todos los medios de protección disponibles.

Los datos obtenidos serán tratados con la máxima confidencialidad y rigor científico, reservándose su uso para trabajos de investigación siguiendo el método científico exigido en cada caso, acatándose la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de protección de datos de Carácter Personal (LOPD).

**C/ Thomas Edison, Nº 30– 06800 Mérida (Badajoz)**

**Tlf: 924 95 60 77 – 640 222 572**

**e-mail: [administracion@cologex.es](mailto:administracion@cologex.es)**

**[www.cologex.es](http://www.cologex.es)**



**C O. LOG.EX.**

Colegio Profesional de Logopedas de Extremadura  
C.I.F.: Q-0600535 I

El propósito de esta información no es alarmarle ni liberar de responsabilidad al logopeda que le atiende. Simplemente representa un esfuerzo para que usted conozca mejor los hechos y pueda tomar la decisión libre y voluntaria de autorizar o rechazar dicho procedimiento. Sepa usted que es norma de obligado cumplimiento por dicho logopeda, informarle y solicitar su autorización.

D/Dña. \_\_\_\_\_ en calidad de paciente o,  
en su defecto, D/Dña. \_\_\_\_\_ con DNI nº \_\_\_\_\_,  
como representante y /o tutor del paciente, mayor de edad, en pleno uso de mis facultades mentales, confirmo que:

- He sido informado de que las instituciones de salud internacionales, ante la crisis sanitaria del COVID-19, recomiendan limitar el tratamiento logopédico solo a aquellos casos en los que podría existir una evolución desfavorable si se demora el tratamiento, y confirmo que solicito tratamiento por una condición clínica que requiere atención, y cuya demora en su tratamiento implicaría una evolución desfavorable consistente en

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, además me vería obligado/a a ir al hospital o centro de salud, aumentando el riesgo de contagio por el COVID-19.

- Declaro que he sido informado de los riesgos de contagio dada la naturaleza de la práctica logopédica a pesar del seguimiento de las normas de seguridad por parte del logopeda, y que he informado al logopeda de no presentar síntomas ni sospecha de infección por COVID-19, así como he sido informado por el logopeda que tampoco presenta síntomas ni sospecha de infección.

- Estoy satisfecho con la información recibida (de forma verbal y por este documento escrito), he podido formular todas aquellas preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.

En consecuencia, doy mi consentimiento.

Firma paciente/representante y/o tutor:

Firma del logopeda:

Fecha:

Nº colegiado: