



Liberación y exención de responsabilidad por COVID-19 Para visitantes

Debido a la pandemia por el nuevo coronavirus (COVID-19), Pasadena Hospital Association, cuya razón social es Huntington Hospital, está tomando más precauciones con el cuidado de todos los pacientes y visitantes con el objetivo de incluir una revisión del historial médico y mejores procedimientos de higiene.

Los síntomas de la COVID-19 pueden incluir:

- fiebre o escalofríos,
- tos,
- falta de aire o dificultad para respirar,
- fatiga,
- dolores musculares o corporales,
- dolor de cabeza,
- nueva pérdida de gusto u olfato,
- dolor de garganta,
- congestión o goteo nasal,
- náuseas o vómitos,
- diarrea.

Al poner mis iniciales en cada casilla, acepto lo siguiente:

- Comprendo los síntomas anteriores y afirmo que ni yo ni los miembros de mi hogar tenemos ni estuvimos experimentando los síntomas que se mencionan arriba en los últimos 14 días.
- Declaro que ni yo ni aquellas personas de mi hogar fuimos diagnosticados con COVID-19 en los últimos 30 días.
- No estuve expuesto voluntariamente a ninguna persona con COVID-19 en los últimos 30 días.
- Declaro que no viajé fuera del país en los últimos 30 días.
- Comprendo que los Centros de Control de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) indicaron que existe evidencia de que personas con COVID-19 pueden ser asintomáticas o presintomáticas y que yo puedo transmitirle el virus al paciente o a otras personas si soy portador.
- Comprendo que se me permite el acceso a Huntington Hospital (HH) durante una pandemia y que debo seguir todas las normas y todos los requisitos de visitas para mi seguridad y la de otras personas, entre los que se incluyen los siguientes:
 - Hacer solo una visita al paciente por no más de 4 horas.
 - Usar una máscara que cubra la nariz y la boca por la duración de mi visita.
 - Permanecer junto a la cama por la duración de mi visita.
 - Tener en cuenta el distanciamiento social manteniendo una distancia de 6 pies al estar en pasillos/áreas comunes.
 - Lavarme las manos con agua y jabón o gel para manos basado en alcohol antes de ingresar al área de cuidados o salir de ella.

- Comprendo que, a pesar de cumplir con todas las precauciones, aún existe la posibilidad de estar expuesto a la COVID-19 o contraerla.

Es posible que las personas con afecciones preexistentes sean particularmente propensas a la enfermedad y muerte por COVID-19. Entre tales afecciones se incluyen, entre otras, enfermedad cardíaca, enfermedad pulmonar crónica, sistema inmunitario suprimido, obesidad grave, diabetes, enfermedad renal crónica y enfermedad hepática. Se me asesoró y elegí hacer visitas, teniendo en cuenta mi propio estado de salud.

He leído lo anterior y comprendo que no cubre todos los riesgos ni todas las medidas de seguridad relacionados con la COVID-19. Elijo visitar a un paciente de Huntington Hospital durante la pandemia. De conformidad con la ley aplicable y la política del centro, acuerdo celebrar esta liberación y exención de responsabilidad. Al firmar este acuerdo, libero y exonero a Pasadena Hospital Association, cuya razón social es Huntington Hospital, a sus funcionarios, directores, propietarios, subsidiarias, empleados, contratistas, agentes, afiliados, abogados, aseguradoras, sucesores y cesionarios de toda responsabilidad para conmigo, incluida la responsabilidad con mis representantes personales, cesionarios, herederos y familiares más cercanos, por toda pérdida, costo, reclamación, demanda, causa de acción, daño o procedimiento de carácter civil y participación de cualquier tipo, entre las que se incluyen, reclamaciones por daños personales provocados por negligencia o de otra manera, gastos médicos, pérdida de servicios o muerte por negligencia debido a que contraí COVID-19, relacionado con ello o que surja de ello.

He leído y firmado voluntariamente este acuerdo efectivo a partir de la fecha que se indica a continuación.

Firma

Fecha y hora

Nombre en imprenta

Numero de Telefono

Para uso de Huntington Hospital exclusivamente:

N.º de habitación: _____

Hora en la que se dio el alta para el área de cuidados: _____

NIF: _____