



Consentimiento para la dispensa del Tratamiento Antiviral Paxlovid para Covid-19

Nombre del Paciente: _____

1. CONDICION

El Dr. _____ me ha explicado que la siguiente condición existe en mi caso: _____.

2. AUTORIZACION DE USO DE EMERGENCIA

El tratamiento PAXLOVID está autorizado para tratar la enfermedad de COVID-19 para pacientes con síntomas leves a moderados, en adultos y niños [**12 años o más con un peso mínimo de 88 libras (40 kg)**] con resultados positivos en las pruebas virales directas del SARS-CoV-2 y que tienen un alto riesgo de progresión a COVID-19 grave, incluida la hospitalización o la muerte. Al emitir una EUA en virtud de la emergencia de salud pública por el COVID-19, la FDA ha determinado, entre otras cosas, que en función de la cantidad total, de evidencia científica disponible, incluidos datos de ensayos clínicos adecuados y bien controlados, si está disponible, es razonable creer que el producto puede ser eficaz para el diagnóstico, tratando, o prevenir la enfermedad por COVID-19, o alguna afección grave o potencialmente mortal causada por el COVID-19; que los beneficios conocidos y potenciales del producto, cuando se usan para diagnosticar, tratar, o prevenir dicha enfermedad o afección, superan los riesgos conocidos y potenciales de dicho producto; y que no hay un nivel adecuado, aprobado, y alternativas disponibles

Precauciones y Advertencias

- La utilización concomitante de PAXLOVID y otras drogas podría provocar reacciones entre fármacos significativas. El profesional de la salud debe consultar estas interacciones antes de prescribir el medicamento.
- Hepatotoxicidad: el aumento de las enzimas hepáticas, ictericia y hepatitis clínica ha sido registrada en pacientes tratados con ritonavir.
- Resistencia a Drogas de HIV-1: la utilización de PAXLOVID puede aumentar el riesgo de desarrollar resistencia a los inhibidores de proteasa de HIV en pacientes no tratados o diagnosticados con HIV-1.

3. CONDICIONES NO PREVISTAS, COMPLICACIONES

Estoy consiente que, en la practica de la medicina, otros riesgos no esperados o complicaciones no discutidas aquí, pueden surgir. Además, entiendo que durante el curso del tratamiento de Paxlovid, situaciones no previstas pueden surgir requiriendo el realizar procedimientos y/o la administración de otros medicamentos. Entiendo no se me ha dado ninguna garantía o promesa concerniente a los resultados del tratamiento.

4. CONSENTIMIENTO PARA LA ADMINISTRACION DE TRATAMIENTO ANTIVIRAL PAXLOVID PARA COVID-19



Departamento de Salud de Puerto Rico

DEPARTAMENTO DE
SALUD



He leído esta forma y luego de hablar con el médico, con mi firma- en el espacio abajo provisto- certifico que:

Voluntariamente doy mi autorización y consentimiento para recibir el tratamiento antiviral de PAXLOVID descrito anteriormente por el personal del Departamento de Salud de Puerto Rico.

Firma de paciente o representante autorizado

Fecha y Hora