

ANEXO V**DECLARACIÓN RESPONSABLE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL RETORNO Y NUEVOS INGRESOS DE PERSONAS RESIDENTES NO VACUNADAS EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES ESPECIALIZADOS DE NATURALEZA RESIDENCIAL.**

Fecha retorno nuevo ingreso:

Identificación de la persona usuaria:

Capacidad de obrar: SI NO

Procedencia:

- Domicilio particular
- Domicilio particular y alta hospitalaria
- Residencia (sin brote abierto)
- Residencia (sin brote abierto) y alta hospitalaria.

Vacunación y prueba diagnóstica realizada:

Persona no vacunada: PCR negativo (aislamiento preventivo) IgG positiva (no aislamiento preventivo)

Aceptación administración vacuna covid.

Identificación del representante:

Identificación del profesional que proporciona la información y la declaración responsable:

-
1. Declaro que he sido informada/o de los riesgos de contagio, de las medidas de prevención e higiene y de la situación del centro de destino a nivel sanitario y epidemiológico a la fecha del retorno a la fecha del ingreso.
 2. Declaro que el resultado de la prueba diagnóstica realizada ha sido negativo o evidencia una infección resuelta.
 3. Declaro bajo mi responsabilidad que la persona usuaria no presenta cuadro compatible con la infección, ni ha estado en contacto estrecho con caso posible o confirmado por infección producida por coronavirus. Se encuentra asintomática en el momento actual, quedando enterada/o, además, de la obligación de comunicar a la Residencia de origen cualquier variación que pudiera producirse.
 4. Declaro que, al tratarse de una persona no vacunada he sido informado del cumplimiento de aislamiento de 10 días, salvo en caso de infección resuelta y que las visitas estarán permitidas, de acuerdo a lo indicado por las autoridades competentes.
 5. He contado con el tiempo suficiente y la oportunidad para realizar preguntas. Todas las dudas fueron resueltas a mi entera satisfacción.
 6. El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria.

Firmo por duplicado, quedándome con una copia.

Fecha aceptación:

Fecha aceptación:

Firma de la persona usuaria:

Firma del representante:

“Hacemos constar que hemos informado de los riesgos de contagio de coronavirus, de las medidas de prevención e higiene indicadas y de la situación del centro a nivel sanitario y epidemiológico”.
Esta persona otorga su consentimiento por medio de su firma fechada en este documento.

Fecha:

Firma del profesional informante:

(ESTE DOCUMENTO, UNA VEZ CUMPLIMENTADO, SE DEBE APORTAR A LA RESIDENCIA)