

**DECLARACIÓN RESPONSABLE ANTE SALIDAS Y VISITAS EN CENTROS SOCIO SANITARIOS RELACIONADA
CON LA INFECCIÓN POR CORONAVIRUS**

CENTRO SOCIO SANITARIO: **CASA DE MISERICORDIA DE PAMPLONA**

Al conocer la situación de vulnerabilidad frente a la infección por coronavirus de las personas usuarias del citado centro YO, Don/Doña _____,
con DNI _____.

CUANDO PROCEDA VINCULAR A UNA PERSONA USUARIA: COMO TUTOR/A COMO VISITANTE/ACOMPAÑANTE
De Don/Doña _____, con DNI _____.

DECLARO QUE:

CONOZCO Y SE IDENTIFICAR LOS SÍNTOMAS que suelen asociarse a la infección por coronavirus, no presentándolos en la actualidad.	<input type="checkbox"/>
CONOZCO Y APLICO LAS MEDIDAS PREVENTIVAS para evitar el contagio y la transmisión del coronavirus: empleo de mascarillas, distancia interpersonal e higiene de manos y respiratoria.	<input type="checkbox"/>
CONOZCO Y CUMPLO LOS PROTOCOLOS DE ENTRADA Y SALIDA del centro relacionados con el control de la infección por coronavirus.	<input type="checkbox"/>
ME COMPROMETO A TENER IDENTIFICADOS LOS CONTACTOS ESTRECHOS (*), al menos durante 14 días, que se hubieran producido durante la visita y/o salida. Los datos de identificación incluyen: Fecha del contacto, nombre y apellidos y teléfono de contacto y/o forma de localización. <small>(*) Cualquier persona que haya estado en el mismo lugar que un caso, a una distancia menor de 2 metros (ej. convivientes, visitas) y durante más de 15 minutos.</small>	<input type="checkbox"/>
ME COMPROMETO A IDENTIFICAR Y NOTIFICAR LA APARICIÓN DE SÍNTOMAS compatibles con infección por coronavirus en mi caso o en cualquiera de los contactos estrechos identificados en relación con una salida y/o visita. Dicha notificación la dirigiré a la dirección del centro y a mi profesional sanitario de referencia para que se apliquen las medidas de control correspondientes. Asimismo, me comprometo a notificar otras situaciones que pudieran tener importancia para el control de esta enfermedad en el centro.	<input type="checkbox"/>
He podido manifestar todas las dudas relacionadas con esta situación. Las dudas planteadas han sido resueltas por lo que considero que dispongo de información suficiente. Por ello, soy consciente de que el incumplimiento de estas medidas, relacionadas con el régimen de salidas y visitas del centro, supone un riesgo para la salud individual y colectiva de sus residentes y profesionales del centro así como para la de otras personas del ámbito comunitario.	<input type="checkbox"/>

Fdo. Profesional informador

Fdo. Declarante

En _____, ____ de _____ de ____