

## DECLARACION RESPONSABLE SOBRE ESTADO DE SALUD

D/Dña (nombre y apellidos), con DNI (nº) y domicilio en (Calle, avenida...) de la localidad de (Localidad, provincia), teléfono de contacto (nº), con plaza en el centro \_\_\_\_\_ (ocupacional/día, nombre)

D/Dña (nombre y apellidos), con DNI (Nº), y domicilio en (calle, avenida...), de la localidad de (localidad, provincia) teléfono de contacto (nº), como representante legal/guardador de hecho de D//Dña, (nombre y apellidos) con DNI (nº)

Ante la próxima reincorporación al Centro de Atención Diurna \_\_\_\_\_ (poner centro) perteneciente a IVASS:

### DECLARA

- --- **Si** tener diagnosticada alguna de las siguientes patologías: personas con diagnóstico de hipertensión arterial, diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cáncer, inmunodepresión, embarazo y/o otras enfermedades crónicas.
- --- **No** tener diagnosticada una o varias de las patologías mencionadas en el párrafo anterior.

A su vez, declara que ni la persona usuaria ni las personas con las que convive presentan síntomas (fiebre, tos, mocos, diarrea...) o están diagnosticadas de COVID-19, no estando por tanto sujetos a realizar un periodo aislamiento domiciliario.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202

Firma del usuario/a

Fdo padre/madre-Tutor/a -cuidador/ habitual

"La información contenida en esta ficha y, en su caso, en cualquier documento o fichero adjunto a la misma, son de carácter privado y confidencial siendo para uso exclusivo del INSTITUTO VALENCIANO DE ATENCIÓN SOCIAL-SANITARIA (IVASS) y su personal autorizado, sin perjuicio de su consulta por el propio interesado, su representante legal o los profesionales sanitarios externos que puedan prestar su asistencia sanitaria al interesado. Queda totalmente prohibido el uso, reproducción, divulgación o distribución de esta información, total o parcialmente, para cualquier finalidad distinta a la autorizada para la atención socio-sanitaria de la persona a la que hace referencia".