

ACEPTACION DE CONDICIONES Y CONSENTIMIENTO POR COVID-19

Tras la publicación de la RESOLUCIÓN de 26 de agosto de 2020, de la Vicepresidencia y Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas, por la que se establece el plan de actuación en los centros y recursos dirigidos a personas con diversidad funcional y problemas de salud mental, en el contexto de crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19, en función de la cual se establecen las condiciones relacionadas con la actividad en los Centros de Atención Diurna de IVASS,

D/ DOÑA (nombre y apellidos) con DNI (nº), usuario/a del centro (ocupacional/de día, nombre) de IVASS

D//DOÑA (nombre y apellidos) con DNI (nº), como representante legal/guardador de hecho de D/ DOÑA (nombre y apellidos con DNI (nº), usuario/as del centro _____ (ocupacional/de día, nombre) de IVASS

manifiesta

1. Que se reincorpora al centro de atención diurna del cual es usuario/a, el día _____ (el centro debe poner el día de reincorporación).
2. Que acepta cumplir las normas y medidas higiénico-preventivas necesarias para garantizar su seguridad y la de todas las personas que acuden al recurso, usuarios/as y trabajadores, tanto las establecidas por las normativas en vigor como las reflejadas en la Guía de Buenas Prácticas que le hacemos entrega para la reincorporación.
3. Que se es consciente, y asume, que aún con las medidas preventivas e higiénicas adoptadas por IVASS para evitar la propagación y contagio, existe la posibilidad de contagio por COVID-19.
4. Asimismo, se compromete
 - a facilitar la información necesaria sobre su estado de salud que desde el centro le puedan solicitar para garantizar las medidas preventivas
 - a tomarse diariamente la temperatura en casa antes de acudir al recurso
 - a notificar inmediatamente las causas de ausencia por motivos de salud a la dirección del centro a través de móvil, on-line o por cualquier otro medio.
 - a, si presenta sintomatología asociada con el COVID-19, no acudir al recurso y comunicarlo a la dirección del centro de manera inmediata.

Y en prueba mi conformidad, firmo el presente documento

, a de de 202

Fdo. Usuario/a

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

Fdo: Dirección del Centro

"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".