

## DECLARACION RESPONSABLE SOBRE ESTAT DE SALUT

D/Dña (*nom i cognoms*), amb DNI (*núm.*) i domicili en (*Carrer, avinguda...*) de la localitat de (*Localitat, província*), telèfon de contacte (*núm.*), amb plaça en el centre \_\_\_\_\_ (*ocupacional/dia, nom*)

D/Dña (*nom i cognoms*), amb DNI (*Núm.*), i domicili en (*carrer, avinguda...*), de la localitat de (*localitat, província*) telèfon de contacte (*núm.*), com a representant legal/guardador de fet de D//Dña, (*nom i cognoms*) amb DNI (*núm.*)

Davant la pròxima reincorporació al Centre d'Atenció Diürna \_\_\_\_\_ (posar centre) pertanyent a \*IVASS:

### DECLARA

- --- **Si** tindre diagnosticada alguna de les següents patologies: persones amb diagnòstic d'hipertensió arterial, diabetis, malalties cardiovasculars, malaltia pulmonar obstructiva crònica, càncer, immunodepressió, embaràs i/o altres malalties cròniques.
- --- **No** tindre diagnosticada una o diverses de les patologies esmentades en el paràgraf anterior.

Al seu torn, declara que ni la persona usuària ni les persones amb les quals conviu presenten símptomes (febre, tos, mocs, diarrea...) o estan diagnosticades de COVID-19, no estant per tant subjectes a realitzar un període aïllament domiciliari.

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

Signatura de l'usuari/a \*Fdo

pare/mare-Tutor/a -cuidador/ habitual

"La informació continguda en aquesta fitxa i, en el seu cas, en qualsevol document o fitxer adjunt a laes meues dt., són de caràcter privat i confidencial sent per a ús exclusiu de l'INSTITUT VALENCIÀ D'ATENCIÓ SOCIAL-SANITÀRIA (\*IVASS) i el seu personal autoritzat, sense perjudici de la seua consulta pel propi interessat, el seu representant legal o els professionals sanitaris externs que puguen prestar la seua assistència sanitària a l'interessat. Queda totalment prohibit l'ús, reproducció, divulgació o distribució d'aquesta informació, totalment o parcialment, per a qualsevol finalitat diferent a l'autoritzada per a l'atenció soci-sanitària de la persona a la qual fa referència".