



CONSENTIMIENTO INFORMADO

*En la ciudad de, el díadel mes de....., del año, quien suscribe
....., DNI N°....., de..... años de edad, con domicilio en
....., de la Ciudad de, del
Departamento....., teléfono/celular*

- Declaro que me han informado y explicado los posibles riesgos frente a la contingencia COVID-19 en el marco de cada actividad que desarrollaré en las dependencias de la UCCuyo San Luis. Entiendo que nos encontramos en el curso de una pandemia, una enfermedad producida por el virus SARS-CoV-2, que se contagia de persona a otra. Incluso personas que aparentan estar completamente sanas pueden transmitir el virus. Esta enfermedad puede tener complicaciones e inclusive provocar la muerte. Entiendo que ninguna persona puede estar segura de no estar infectada. Además, se me ha explicado claramente que, aunque se tomen absolutamente todas las medidas recomendadas, no hay seguridad absoluta de que yo no me pueda enfermar. Para disminuir estos riesgos, el personal docente, no docente y autoridades que estén en contacto conmigo tomarán medidas de protección siempre. Confirmando que toda la información que he proporcionado a la UCCuyo San Luis es completa y verdadera.

- Que no he tenido signos/síntomas compatibles con COVID-19 en los últimos 14 días, como así ningún integrante de mi grupo familiar más cercano, a saber: tos, dolor de garganta, congestión/secreción nasal, dificultad respiratoria, fiebre, escalofríos, dolores musculares, pérdida de olfato (anosmia) y/o pérdida del gusto (disgeusia), mialgias, malestar gastrointestinal, diarrea y vómitos.

- No pertenezco a grupo de riesgo ya que no se me han diagnosticado enfermedades inmunocompetentes, cáncer, diabetes, enfermedades renales, hepáticas, cardiovasculares, respiratorias, HIV, obesidad mórbida, como así tampoco me encuentro bajo tratamiento con inmunosupresores. Tampoco me encuentro en lista de espera de transplante de órganos.

- Declaro y acepto respetar el uso restringido de los sanitarios, a fin de evitar aglomeraciones.

- Doy fe que NO estuve en contacto directo o indirecto con personas con diagnóstico positivo (+) o se encuentren como sospechosos de COVID 19.

- Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínicos actuales. Si llego a tener cualquiera de estas manifestaciones, o entro en contacto con otras personas que las tuvieren, me comprometo a avisar inmediatamente al Comité de Crisis de la UCCuyo San Luis.

Firma:.....

Aclaración:.....

D.N.I.....