

ANEXO I

MODELO DE SOLICITUD Y DECLARACIÓN RESPONSABLE A PRESENTAR EN LA DELEGACIÓN PROVINCIAL DE BIENESTAR SOCIAL

PERSONA RESIDENTE QUE SOLICITA EL REINGRESO:
 Don/ Doña.....con
 DNI.....
 Y/o en su nombre..... con
 DNI..... como tutor-a / curador-a legal.
 Teléfono de contacto permanente

CENTRO AL QUE SOLICITA REINGRESAR: Denominación:

del Municipio.....Provincia

DECLARACIÓN RESPONSABLE DE LA PERSONA RESIDENTE Y/O SU REPRESENTANTE SOBRE LAS CONDICIONES DE REINGRESO AL CENTRO SOCIO SANITARIO.

Yo con DNI:.....
en calidad de familiar cuidador/a de D/
D^a....., o en mi propio nombre, declaro
responsablemente:

1.- Que los motivos que justifican la necesidad de reincorporación de mi familiar o de mi persona (según proceda) al centro sociosanitario donde residía con anterioridad al desarrollo de la crisis originada por la COVID 19, son:

.....
.....
.....

2.- Que las personas de contacto con las que he/hemos convivido en los últimos 15 días son:

a) Nombre y Apellidos: con Domicilio en:
..... Teléfono de contacto:
.....

b) Nombre y Apellidos: con Domicilio en:
..... Teléfono de contacto:
.....

c) Nombre y Apellidos: con Domicilio en:
..... Teléfono de contacto:
.....

d) Nombre y Apellidos: con Domicilio en:
..... Teléfono de contacto:
.....

e) Nombre y Apellidos: con Domicilio en:
..... Teléfono de contacto:
.....

3.-Que he sido informado/a y adquiero el compromiso de que al reingreso en el Centro Sociosanitario, (en su caso, la persona residente que reingresa) deberé permanecer en aislamiento durante los 14 días naturales siguientes, con carácter preventivo para observar posible inicio de sintomatología compatible con la enfermedad y evitar contagios en el centro.

4.- Que he sido informado de que toda la información recogida en este documento, queda sujeta a la normativa de protección de datos de carácter personal vigente, y únicamente se registra con fines de control epidemiológico y ejecución de las medidas de Salud Pública que pudieran ser precisas si la evolución de los acontecimientos así lo precisara.

Lo que firmo a los efectos oportunos,

D/Dª

En, a de de

ANEXO II

INFORME DEL CENTRO SOCIOSANITARIO

Fecha.....

Nombre y Apellidos del/ la Dirección del Centro:.....

En calidad de

En virtud de la solicitud y declaración responsable ANEXO I presentada por el residente Dº/Dª.....

.....

Informo que el centro dispone de reserva suficiente de plazas libres, al efecto de poder dar respuesta ágil y segura a situaciones de personas usuarias que requieran ser aisladas del resto de residentes de plazas libres: - SI - NO

Y por tanto, SE INFORMA FAVORABLEMENTE su reingreso.

OBSERVACIONES.....

.....

En, a de de 2020.

EL/LA RESIDENTE (O REPRESENTANTE LEGAL)

EL/LA DIRECCIÓN DEL CENTRO SS.

Fdo. D / Dña

Fdo. D / Dña

ANEXO III

INFORME COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA DE LA GERENCIA

- Teniendo en cuenta la solicitud del residente y el estado epidemiológico del centro al que solicita el reingreso.

-Visto el resultado negativo del estudio PCR realizado al residente en fecha

-Vista la declaración responsable de permanecer en aislamiento durante los 14 días naturales siguientes, con carácter preventivo para observar posible inicio de sintomatología compatible con la enfermedad y evitar contagios en el centro.

SE INFORMA favorablemente/desfavorablemente el reingreso del interesado en el centro residencial

.....
.....
.....

OBSERVACIONES.....
.....
.....

En, a de de 2020.

FIRMADO EL COORDINADOR SOCIO SANITARIO DE LA GERENCIA DE_____