

Anexo III
SOLICITUD PARA LA SALIDA VOLUNTARIA Y TEMPORAL DE PERSONAS RESIDENTES EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES ESPECIALIZADOS DE NATURALEZA RESIDENCIAL.

1.- SOLICITANTE.

NOMBRE: _____ NIF/NIE: _____

2.- DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

DOMICILIO: _____

Nº: _____ ESCALERA: _____ PISO: _____ (OTROS): _____

LOCALIDAD: _____ PROVINCIA: _____

SOLICITO la salida temporal de la persona residente cuyos datos se indican a continuación y se permita su acogida en el domicilio que se acaba de indicar.

3.- DATOS DE LA PERSONA RESIDENTE

NOMBRE: _____ NIF/NIE: _____

RELACIÓN CON EL SOLICITANTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE: _____

FECHA DE ACEPTACIÓN DE SALIDA: _____

VACUNACIÓN: Persona vacunada (duración inferior, igual o superior a 10 días), Persona no vacunada (duración igual o superior a 10 días).

- a) Declaro que he sido informado y conozco las medidas de prevención y protección necesarias.
- b) Me comprometo a cumplir las medidas de prevención e higiene: uso de la mascarilla todo el tiempo posible, lavado de manos frecuente, mantenimiento de la distancia física, ventilación y demás condiciones fijadas por las autoridades sanitarias.
- c) Me comprometo a que la persona residente acudirá a un único domicilio integrado por un único núcleo de convivencia y sin que se supere el número máximo de 6 personas incluyendo en el cómputo a la persona residente.
- d) Las personas que integran el núcleo familiar son: _____

- e) Declaro bajo mi responsabilidad que ninguno de los miembros del núcleo de convivencia presentamos cuadro compatible con la infección, ni hemos estado en contacto estrecho con caso posible o confirmado por infección producida por coronavirus. Nos encontramos asintomáticos en el momento actual.
- f) Declaro que cuento en mi domicilio con las condiciones adecuadas para el cuidado de persona residente y que podré ponerle, en caso necesario, en situación de aislamiento.
- g) Declaro que he sido informado y conozco que la persona residente, podrá retornar a la residencia en las condiciones establecidas por las autoridades competentes, y de no cumplirse, deberé hacerme cargo durante el tiempo necesario.
- h) Declaro que he sido informado y conozco las condiciones de retorno a la residencia.
- i) Declaro que la persona residente, en su caso, ha sido informado y conoce las condiciones y medidas de higiene y prevención. Además, ha manifestado su expreso deseo de salir del centro de forma temporal.
- j) He contado con el tiempo suficiente y la oportunidad para realizar preguntas. Todas las dudas fueron resueltas a mi entera satisfacción.
- k) Declaro bajo mi responsabilidad que los datos consignados en esta solicitud son ciertos, quedando enterado, además, de la obligación de comunicar a la Residencia cualquier variación que pudiera producirse en los mismos. La falsedad de los datos plasmados en la presente solicitud conllevará la imposición de las pertinentes sanciones conforme a la normativa vigente.

En _____, ____ de _____ de 2021.

Fdo. solicitante.: _____ Fdo. persona residente/Representante (en conformidad): _____

DIRIGIDO A: (Identificar centro y a la persona responsable de la Residencia): _____

(ESTE DOCUMENTO, UNA VEZ CUMPLIMENTADO, SE DEBE PRESENTAR AL CORREO ELECTRÓNICO HABILITADO POR LA RESIDENCIA)

ANEXO IV

DECLARACIÓN RESPONSABLE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL RETORNO DE PERSONAS RESIDENTES PROCEDENTES DE DOMICILIO PARTICULAR Y NUEVOS INGRESOS EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES ESPECIALIZADOS DE NATURALEZA RESIDENCIAL.

Fecha *retorno* *nuevo ingreso*:

Identificación de la persona usuaria:

Capacidad de obrar de la nueva persona usuaria: SI NO

Procedencia de la nueva persona usuaria:

- Domicilio particular
- Domicilio particular y alta hospitalaria
- Residencia (sin brote abierto)
- Residencia (sin brote abierto) y alta hospitalaria.

Vacunación y prueba diagnóstica realizada:

- Persona vacunada PCR negativo (no aislamiento preventivo) IgG positiva (no aislamiento preventivo)
- Persona no vacunada PCR negativo (aislamiento preventivo) IgG positiva (no aislamiento preventivo) aceptación administración vacuna covid.

Identificación del representante:

Identificación del profesional que proporciona la información y la declaración responsable:

1. Declaro que he sido informado de los riesgos de contagio, de las medidas de prevención e higiene y de la situación del centro de destino a nivel sanitario y epidemiológico a la fecha del retorno a la fecha del ingreso.

2. Declaro que el resultado de la prueba diagnóstica realizada ha sido negativo o evidencia una infección resuelta.

3. Declaro bajo mi responsabilidad que la persona usuaria no presenta cuadro compatible con la infección, ni ha estado en contacto estrecho con caso posible o confirmado por infección producida por coronavirus. Se encuentra asintomática en el momento actual, quedando enterada/o, además, de la obligación de comunicar a la Residencia de origen cualquier variación que pudiera producirse.

4. *En el caso que proceda*: Declaro que, al tratarse de una persona no vacunada he sido informado del cumplimiento de aislamiento de 10 días, salvo en caso de infección resuelta y que las visitas estarán permitidas, de acuerdo a lo indicado por las autoridades competentes.

5. He contado con el tiempo suficiente y la oportunidad para realizar preguntas. Todas las dudas fueron resueltas a mi entera satisfacción.

6. El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria.

Firmo por duplicado, quedándome con una copia.

Fecha aceptación:

Fecha aceptación:

Firma de la persona usuaria:

Firma del representante:

"Hacemos constar que hemos informado de los riesgos de contagio de coronavirus, de las medidas de prevención e higiene indicadas y de la situación del centro a nivel sanitario y epidemiológico". Esta persona otorga su consentimiento por medio de su firma fechada en este documento.

Fecha:

Firma del profesional informante:

(ESTE DOCUMENTO, UNA VEZ CUMPLIMENTADO, SE DEBE APORTAR A LA RESIDENCIA)

ANEXO V
DECLARACIÓN RESPONSABLE PARA LA REALIZACIÓN DE VISITAS A PERSONAS
RESIDENTES VACUNADAS

Fecha asentimiento de la persona residente:

Identificación de la persona residente:

Identificación del visitante 1: familiar, allegado, persona de referencia:

Identificación del visitante 2: familiar, allegado, persona de referencia:

Identificación del visitante 3: familiar, allegado, persona de referencia:

Identificación del visitante 4: familiar, allegado, persona de referencia:

Situación del centro: Residencia sin brote abierto Residencia con brote abierto y autorización de autoridades públicas.

Identificación del profesional que proporciona la información y la declaración responsable:

Identificación del profesional acompañante:

1. Declaro que he sido informado de los riesgos de contagio, de las medidas de prevención e higiene, de la situación del centro de destino a nivel sanitario y epidemiológico y de la facultad de la entidad de acción social a suspender temporalmente mis visitas por no observar las medidas preventivas y de higiene.

2. Me comprometo a cumplir las medidas de prevención e higiene.

3. Declaro que la persona residente no se ha opuesto a recibir visitas en las condiciones establecidas.

4. Declaro bajo mi responsabilidad que no presento cuadro compatible con la infección, ni he estado en contacto estrecho con caso posible o confirmado por infección producida por coronavirus. Me encuentro asintomático en el momento actual, quedando enterada/o, además, de la obligación de comunicar a la Residencia de origen cualquier variación que pudiera producirse.

5. He contado con el tiempo suficiente y la oportunidad para realizar preguntas. Todas las dudas fueron contestadas a mi entera satisfacción.

6. El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria.

Firmo por duplicado, quedándome con una copia.

Fecha:

Firmas de los visitantes o, en su caso, de la persona/as que ostente/n la representación legal:

"Hacemos constar que hemos informado de los riesgos de contagio de coronavirus, de las medidas de prevención e higiene indicadas y de la situación del centro de destino a nivel sanitario y epidemiológico".

Esta persona otorga su consentimiento por medio de su firma fechada en este documento.

Fecha:

Firma del profesional informante:

Fecha:

Firma del profesional acompañante:

(ESTE DOCUMENTO, UNA VEZ CUMPLIMENTADO, SE DEBE APORTAR A LA RESIDENCIA)

ANEXO VI
DECLARACIÓN RESPONSABLE PARA LA REALIZACIÓN DE VISITAS A PERSONAS
RESIDENTES NO VACUNADAS

Fecha asentimiento de la persona residente:

Identificación de la persona residente:

Identificación del visitante familiar, allegado, persona de referencia:

Identificación del profesional que proporciona la información y la declaración responsable:

Identificación del profesional acompañante:

-
1. Declaro que he sido informado de los riesgos de contagio, de las medidas de prevención e higiene, de la situación del centro de destino a nivel sanitario y epidemiológico y de la facultad de la entidad de acción social a suspender temporalmente mis visitas por no observar las medidas preventivas y de higiene.
 2. Me comprometo a cumplir las medidas de prevención e higiene.
 3. Declaro que la persona residente no se ha opuesto a recibir visitas en las condiciones establecidas.
 4. Declaro bajo mi responsabilidad que no presento cuadro compatible con la infección, ni he estado en contacto estrecho con caso posible o confirmado por infección producida por coronavirus. Me encuentro asintomático en el momento actual, quedando enterada/o, además, de la obligación de comunicar a la Residencia de origen cualquier variación que pudiera producirse.
 5. He contado con el tiempo suficiente y la oportunidad para realizar preguntas. Todas las dudas fueron respondidas a mi entera satisfacción.
 6. El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria.

Firmo por duplicado, quedándome con una copia.

Fecha:

Firma del visitante:

“Hacemos constar que hemos informado de los riesgos de contagio de coronavirus, de las medidas de prevención e higiene indicadas y de la situación del centro de destino a nivel sanitario y epidemiológico”.

Esta persona otorga su consentimiento por medio de su firma fechada en este documento.

Fecha:

Firma del profesional informante:

Fecha:

Firma del profesional acompañante:

(ESTE DOCUMENTO, UNA VEZ CUMPLIMENTADO, SE DEBE APORTAR A LA RESIDENCIA)

ANEXO VII
ACOMPAÑAMIENTO ANTE EL PROCESO DE MORIR
Documento de consentimiento informado y compromiso del cumplimiento de medidas.

Fecha asentimiento de la persona residente:

Identificación de la persona residente:

Situación de la persona residente: No afectada por la infección Afectada por la infección

Identificación del acompañante 1: familiar, allegado, persona de referencia:

Identificación del acompañante 2: familiar, allegado, persona de referencia:

Identificación del acompañante 3: familiar, allegado, persona de referencia:

Identificación del acompañante 4: familiar, allegado, persona de referencia:

Identificación del profesional que proporciona la información y el documento de consentimiento informado:

Identificación del profesional acompañante:

-
1. Declaro que he sido informado de los riesgos de contagio, de las medidas de prevención e higiene y de la situación del centro a nivel sanitario y epidemiológico.
 2. Me comprometo a cumplir las medidas de prevención e higiene y el periodo de cuarentena que se establezca en los protocolos, en caso de desatención o descuido y tratarse de un caso positivo a la infección.
 3. Declaro que la persona residente no se ha opuesto a recibir acompañamiento en las condiciones establecidas.
 4. He contado con el tiempo suficiente y la oportunidad para realizar preguntas. Todas las dudas fueron resueltas a mi entera satisfacción.
 5. Declaro bajo mi responsabilidad que no presento cuadro compatible con la infección, ni he estado en contacto estrecho con caso posible o confirmado por infección producida por coronavirus. Me encuentro asintomático en el momento actual, quedando enterada/o, además, de la obligación de comunicar a la Residencia de origen cualquier variación que pudiera producirse.
 6. El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria.

Firmo por duplicado, quedándome con una copia.

Fecha:

Firmas de los acompañantes o, en su caso, de la persona/as que ostente/n la representación legal:

“Hacemos constar que hemos informado de los riesgos de contagio de coronavirus, de las medidas de prevención e higiene indicadas y de la situación del centro de destino a nivel sanitario y epidemiológico”.

Esta persona otorga su consentimiento por medio de su firma fechada en este documento.

Fecha:

Firma del profesional informante:

Fecha:

Firma del profesional acompañante:

(ESTE DOCUMENTO, UNA VEZ CUMPLIMENTADO, SE DEBE APORTAR A LA RESIDENCIA)

ANEXO VIII
DECLARACIÓN RESPONSABLE PARA LA REALIZACIÓN DE DESPLAZAMIENTOS
PERMITIDOS SIN ACOMPAÑANTE

Identificación de la persona residente:

Situación de la persona residente: Persona autónoma.

Vacunación: Persona residente vacunada Persona residente no vacunada

Motivo de la salida: paseo consulta sanitaria motivo ineludible Circunstancias excepcionales.

Identificación del profesional que proporciona la información y la declaración responsable:

1. Declaro que he sido informado de los riesgos de contagio, de las medidas de prevención e higiene, de la situación del centro a nivel sanitario y epidemiológico y de la facultad de la entidad de acción social a suspender temporalmente las salidas por no observar las medidas preventivas y de higiene.

2. Vacunación:

Persona vacunada: Me comprometo a no entrar en domicilios particulares, espacios cerrados de hostelería u otros lugares donde puedan producirse aglomeraciones (centros comerciales o similares), así como a respetar las normas de movilidad segura durante el transporte.

Persona no vacunada: Me comprometo a cumplir con un paseo diario, a que la duración sea de 60 minutos y a una distancia no superior de un kilómetro con respecto al domicilio de la residencia, así como a no entrar en domicilios particulares, en espacios cerrados de hostelería u otros lugares donde puedan producirse aglomeraciones (centros comerciales o similares).

3. Me comprometo a cumplir las medidas de prevención e higiene. En particular, uso de mascarilla y mantener distancia interpersonal con terceros de al menos dos metros.

4. He contado con el tiempo suficiente y la oportunidad para realizar preguntas. Todas las dudas fueron respondidas a mi entera satisfacción.

Firmo por duplicado, quedándome con una copia.

Fecha:

Firma de la persona residente:

“Hacemos constar que hemos informado de los riesgos de contagio de coronavirus, de las medidas de prevención e higiene indicadas y de la situación del centro de destino a nivel sanitario y epidemiológico.

Esta persona otorga su consentimiento por medio de su firma fechada en este documento”.

Fecha:

Firma del profesional informante:

(ESTE DOCUMENTO, UNA VEZ CUMPLIMENTADO, SE DEBE APORTAR A LA RESIDENCIA)

ANEXO IX
DECLARACIÓN RESPONSABLE PARA EL ACOMPAÑAMIENTO EN DESPLAZAMIENTOS PERMITIDOS

Fecha asentimiento de la persona residente:

Identificación de la persona residente:

Situación de la persona residente: Persona autónoma Persona no autónoma

Vacunación: Persona residente vacunada Persona residente no vacunada

Identificación del acompañante:

Condición del acompañante: familiar, allegado, persona de referencia:

Motivo de la salida: paseo consulta sanitaria motivo ineludible Circunstancias excepcionales.

Identificación del profesional que proporciona la información y la declaración responsable:

1. Declaro que he sido informado de los riesgos de contagio, de las medidas de prevención e higiene, de la situación del centro a nivel sanitario y epidemiológico y de la facultad de la entidad de acción social a suspender temporalmente mi acompañamiento por no observar las medidas preventivas y de higiene.

2. Vacunación:

En caso de acompañamiento a persona residente vacunada: *me comprometo a no entrar en domicilios particulares, espacios cerrados de hostelería u otros lugares donde pueda producirse aglomeraciones (centros comerciales o similares), así como a respetar las normas de movilidad segura durante el transporte, mientras dure el acompañamiento.*

En caso de acompañamiento a persona residente no vacunada: *me comprometo a cumplir que la duración del paseo sea de una duración máxima de 60 minutos y a una distancia no superior de un kilómetro con respecto al domicilio de la residencia, así como a no entrar en domicilios particulares, espacios cerrados de hostelería u otros lugares donde pueda producirse aglomeraciones (centros comerciales o similares), mientras dure el acompañamiento.*

3. Me comprometo a cumplir las medidas de prevención e higiene.

4. Declaro que la persona residente no se ha opuesto al acompañamiento en las condiciones establecidas.

5. He contado con el tiempo suficiente y la oportunidad para realizar preguntas. Todas las dudas fueron respondidas a mi entera satisfacción.

6. Declaro bajo mi responsabilidad que no presento cuadro compatible con la infección, ni he estado en contacto estrecho con caso posible o confirmado por infección producida por coronavirus. Me encuentro asintomático en el momento actual, quedando enterada/o, además, de la obligación de comunicar a la Residencia de origen cualquier variación que pudiera producirse.

7. El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria.

Firmo por duplicado, quedándome con una copia.

Fecha:

Firma del acompañante:

Fecha:

Firma de la persona residente o representante:

“Hacemos constar que hemos informado de los riesgos de contagio de coronavirus, de las medidas de prevención e higiene indicadas y de la situación del centro de destino a nivel sanitario y epidemiológico.

Esta persona otorga su consentimiento por medio de su firma fechada en este documento”.

Fecha:

Firma del profesional informante:

(ESTE DOCUMENTO, UNA VEZ CUMPLIMENTADO, SE DEBE APORTAR A LA RESIDENCIA)

ANEXO X
SISTEMA DE INFORMACIÓN DESTINADO A CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES
ESPECIALIZADOS.

1. INFORMACIÓN GENERAL Y ESTRUCTURAL.

Identificación del centro, nombre, tipo de centro, código, titularidad, responsable, dirección, datos de contacto postal y electrónico.

Información relativa a la capacidad autorizada del centro, número de plazas, instalaciones y habitaciones según su uso.

Información relativa a los recursos sanitarios asociados y referentes en la administración.

2. INFORMACIÓN SEGUIMIENTO.

a) ESTADO DE LOS RESIDENTES.

Datos numéricos de la ocupación en relación con el número total de residentes, y de aquellos que se encuentren en cada una de las circunstancias establecidas por las clasificaciones determinadas según la situación epidemiológica, desde residentes sin síntomas, en aislamiento, con síntomas, casos confirmados o recuperados.

Datos numéricos de los residentes trasladados bien a un hospital, domicilio, otra residencia u otro dispositivo especial.

Datos numéricos de los residentes fallecidos en la residencia, dispositivos especiales de cuidados COVID-19 como en el hospital diferenciados según la clasificación previamente establecida.

b) ESTADO DE LOS TRABAJADORES.

Datos numéricos de la dotación de personal total de atención directa a residentes, trabajadores de servicios generales y otros profesionales.

Datos numéricos de aquellos que han desarrollado síntomas, se encuentran de baja, son sustituidos o han fallecido.

c) ESTRUCTURA.

Datos numéricos de las camas disponibles según su situación de individual o uso doble.

3. INFORMACIÓN REGISTRO Y SEGUIMIENTO CASOS

Formulario con la información para identificar los casos sospechosos y confirmados tanto de residentes como trabajadores y poder realizar el seguimiento tanto epidemiológico como el seguimiento clínico esencial (síntomas, evolución, resultados pruebas, traslados, fallecimiento, recuperación, etc.).