

ANEXO II**MODELO DE DECLARACIÓN RESPONSABLE PARA EL ACCESO DE UNA PERSONA FAMILIAR A UN CENTRO O ESTABLECIMIENTO RESIDENCIAL POR LA PANDEMIA DE COVID-19 EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS.**

- Identificación de la persona residente: _____
- Identificación de la persona familiar (nombre y apellidos): _____
- Identificación de la persona profesional que proporciona la información y suscribe el documento de declaración responsable (nombre y apellidos): _____

1º Declaro bajo mi responsabilidad que he recibido información de los riesgos de contagio de coronavirus, de las medidas de prevención e higiene frente al COVID-19 indicadas por las autoridades sanitarias y de los requisitos mínimos establecidos para permitir la visita a la persona residente indicada.

2º Me comprometo bajo mi responsabilidad a cumplir las medidas de prevención e higiene, atendiendo las recomendaciones establecidas por las autoridades sanitarias.

3º Declaro bajo mi responsabilidad que he contado con el tiempo suficiente y la oportunidad para realizar preguntas. Todas las dudas fueron respondidas por el personal del centro o establecimiento residencial a mi entera satisfacción.

Declaro bajo mi responsabilidad que no presento síntomas compatibles con la infección por coronavirus, ni estoy en proceso de aislamiento domiciliario por COVID-19 ni en cuarentena, en el momento actual.

Declaro bajo mi responsabilidad que el presente consentimiento lo otorgo de manera voluntaria.

Lugar y Fecha: _____

Firma de la persona visitante y DNI: _____

(firma)

Hago constar bajo mi responsabilidad que he informado de los riesgos de contagio de coronavirus, de las medidas de prevención e higiene frente al COVID-19 indicadas por las autoridades sanitarias y de los requisitos mínimos establecidos para permitir la visita a la persona residente cuya identificación figura en el encabezamiento. Esta persona suscribe su declaración responsable por medio de su firma fechada en este documento.

Fecha: _____

Firma de la persona profesional informante:

(firma)

ANEXO III**ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA PARA AUTOCOMPLETAR POR LAS PERSONAS VISITANTES A UN CENTRO O ESTABLECIMIENTO RESIDENCIAL DE CARÁCTER SOCIOSANITARIO.**

Debido a la situación de Pandemia por COVID19 y a la fragilidad de las personas usuarias atendidas en este Centro, es necesario garantizar en la medida de lo posible que nadie que acceda al Centro pueda transmitir la infección COVID19 a las personas usuarias.

Le agradeceríamos que rellenara esta encuesta epidemiológica. La información de esta encuesta va a ser utilizada únicamente con fines de prevención y control de la transmisión de COVID-19.

Estado vacunal (indicando fechas si ya la ha recibido) _____

En los últimos 14 días ¿Le han diagnosticado de infección COVID-19? SÍ NO

En los últimos 14 días, ¿Ha presentado usted síntomas de infección respiratoria aguda de aparición súbita, que cursa entre otros con: fiebre, tos o sensación de falta de aire? (también pueden considerarse otros síntomas como dolor de garganta, pérdida de olfato, pérdida del gusto, dolores musculares, dolor torácico, diarrea, dolor de cabeza) SÍ NO

En los últimos 14 días, ¿Ha tenido contacto estrecho con alguna persona diagnosticada de COVID-19? SÍ NO

En los últimos 14 días, ¿Le han indicado a usted que permanezca en cuarentena o aislamiento? SÍ NO

Si contesta que SI a ALGUNA de estas preguntas, debe indicarlo al personal del centro y seguir sus instrucciones.

Firma de la persona acompañante y DNI: _____

(firma)

ANEXO IV**MODELO DE DECLARACIÓN RESPONSABLE PARA LA SALIDA DIURNA O PERNOCTA DE PERSONAS RESIDENTES ACOMPAÑADAS DE UNA PERSONA FAMILIAR CON REGRESO EN EL CENTRO O ESTABLECIMIENTO RESIDENCIAL.**

- Identificación de la persona residente: _____
- Identificación de la persona familiar (nombre y apellidos): _____
- Identificación de la persona profesional que autoriza la salida del residente y suscribe el documento de declaración responsable (nombre y apellidos): _____
- Fecha y hora de salida del centro: _____

1º Declaro bajo mi responsabilidad que ni yo ni ningún conviviente en el domicilio donde va a realizarse la visita o pernocta de la persona residente presentamos cuadro compatible con la infección por coronavirus, ni hemos estado en contacto estrecho con caso posible o confirmado.

2º Me comprometo bajo mi responsabilidad a cuidar a la persona residente cumpliendo las medidas de prevención e higiene, atendiendo a las recomendaciones establecidas por las autoridades sanitarias.

3º Me comprometo bajo mi responsabilidad a devolver a la persona residente al centro antes de las _____ horas del día _____. Declaro bajo mi responsabilidad que el presente consentimiento lo otorgo de manera voluntaria.

Firmo por duplicado, quedándome con una copia.

Lugar y Fecha: _____

Firma de la persona acompañante y DNI: _____

(firma)

Hago constar bajo mi responsabilidad que he informado de las medidas de prevención e higiene frente al COVID-19 indicadas por las autoridades sanitarias y de los requisitos mínimos establecidos para permitir la salida de la persona residente cuya identificación figura en el encabezamiento. Esta persona suscribe su declaración responsable por medio de su firma fechada en este documento.

Fecha: _____

Firma de la persona profesional informante:

(firma)