



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 desarrollare 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 tomaran 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.

- En caso de pertenecer a grupos de riesgo con enfermedades inmunocomprometidas, cáncer, diabetes, enfermedades renales, hepáticas, cardiovasculares, respiratorias, HIV, obesidad mórbida, tratamiento con inmunosupresores o en lista de espera de trasplante de órganos, declaro estar vacunado contra COVID-19 con las dos dosis.

- 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 tuvieron, me comprometo a avisar inmediatamente al Comité de Crisis de la UCCuyo San Luis.

- Me comprometo a observar las medidas sanitarias establecidas en el Protocolo de la Universidad Católica de Cuyo (uso obligatorio del tapabocas y distanciamiento social, entre otras).

Firma:.....

Aclaración:.....

D.N.I.....