

ACTA COMPROMISO PARA EL SEGUIMIENTO DE CONTACTOS CON CORONAVIRUS

EN BUENOS AIRES, A LOS DIAS DEL MES DE DE 2020, MANIFIESTO QUE HE SIDO INFORMADO/A POR EL DR QUE HE ESTADO EXPUESTO A LA POSIBILIDAD DE CONTAGIO DEL VIRUS CORONAVIRUS.

SE ME HA BRINDADO AMPLIA INFORMACION SOBRE LA NECESIDAD DE REALIZAR UN SEGUIMIENTO Y CONTROL DE MI SITUACION CLINICA DURANTE LOS PROXIMOS 14 DIAS, CONTADOS A PARTIR DEL ULTIMO MOMENTO DE EXPOSICION AL RIESGO DE CONTAGIO DE CORONAVIRUS.

HE COMPRENDIDO LA NECESIDAD DE SEGUIMIENTO Y MONITOREO TANTO PARA EL CUIDADO DE MI SALUD, COMO PARA EVITAR LA PROPAGACION POTENCIAL DE LA ENFERMEDAD.

DE ACUERDO A ELLO ME COMPROMETO A:

I-ACEPTAR EL AISLAMIENTO, SEGUIMIENTO Y DE SER NECESARIO VISUALIZACION VIRTUAL (VIDEOCAMARA)

II-REALIZAR CONTROL DE TEMPERATURA CORPORAL 2 VECES POR DIA

III-ACEPTAR DE SER NECESARIO LA EVALUACION DE UN PROFESIONAL DE LA SALUD

V-ACEPTAR EL TRASLADO A UN ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL EN CASO DE PRESENTAR LOS SINTOMAS DESCRIPTOS.

ADEMAS SE ME HA INFORMADO Y HE COMPRENDIDO, QUE EN EL CASO DE NO CUMPLIR CON LAS MEDIDAS DE AISLAMIENTO, TRATAMIENTO Y MEDIDAS DE PROTECCION ESTARIA COMETIENDO DELITOS PREVISTOS EN EL CODIGO PENAL, CONSISTENTES CON LA PROPAGACION DE ENFERMEDADES PEIGROSAS Y CONTAGIOSAS, COMO ASI TAMBIEN LA VIOLACION DE LAS MEDIDAS ADOPTADAS POR LAS AUTORIDADES SANITARIAS COMPETENTES PARA IMPEDIR LA INTRODUCCION O PROPAGACION DE UNA EPIDEMIA.

FIRMA CONTACTO

DATOS DE CONTACTO

TELEFONO CONTACTO 24 HS