



FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENTES

Fecha:		Nombre:			
Sexo: M__ F __		Fecha de nacimiento:		Numero de documento:	
Seguridad social:			Nacionalidad		
Teléfono fijo:		Celular:		Dirección:	
Departamento:			Municipio:		
Tuvo contacto con alguien confirmado COVID19: SI__ NO _____			Tuvo contacto con alguien sospechoso COVID19: SI__ NO _____		
ANTECEDENTES MEDICOS					
Asma			Enfermedad pulmonar crónica		Trastorno neurológico crónico
Enfermedad renal crónica			Enfermedad renal crónica		Enfermedad hematológica crónica
Diabetes			Obesidad		Enfermedad hepática crónica
Tabaquismo			Alcoholismo		Trastorno reumatológico
Embarazo, Numero de semanas de Gestación:		Otras enfermedades importantes:			
Que medicamentos toma actualmente:					
Ha tenido alguno de estos síntomas:					
Fiebre			Tos seca		Dificultad para respirar
Taquipnea			Dolor de garganta		Escalofríos
Nauseas			Vomito		Dolor torácico
Mialgia			Diarrea		Dolor abdominal
Dolor de cabeza			Malestar general		OTRO:
Observaciones:					
FIRMA DE LA PERSONA					

 <small>Instituto para el Deporte y la Recreación de Sabaneta</small>	PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD	
	MACRO PROCESO: MISIONAL	PROCESO: (GOS) GESTION EN ORIENTACIÓN EN SALUD

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

 <small>Instituto para el Deporte y la Recreación de Sabaneta</small>	CONSENTIMIENTO INFORMADO	
	MACRO PROCESO: MISIONAL	PROCESO: (GOS) GESTION EN ORIENTACIÓN EN SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO									
<table><tr><td>FECHA: Día _____ Mes _____ Año _____</td><td>Ciudad _____</td></tr><tr><td colspan="2">Nombre del usuario _____</td></tr><tr><td>Tipo de Identificación CC _____ CE _____ TI _____ Otro _____</td><td>No _____</td></tr><tr><td>Teléfono de contacto _____</td><td>Dirección _____</td></tr></table>		FECHA: Día _____ Mes _____ Año _____	Ciudad _____	Nombre del usuario _____		Tipo de Identificación CC _____ CE _____ TI _____ Otro _____	No _____	Teléfono de contacto _____	Dirección _____
FECHA: Día _____ Mes _____ Año _____	Ciudad _____								
Nombre del usuario _____									
Tipo de Identificación CC _____ CE _____ TI _____ Otro _____	No _____								
Teléfono de contacto _____	Dirección _____								
<p>Yo, _____ con identificación CC _____ CE _____ N.º _____ de _____, actuando en calidad de usuario de las instalaciones que ofrece el INDESA(Institutos para el deporte y la recreación del Municipio de Sabaneta), por medio del presente documento manifiesto:</p> <p>Que de manera detallada se me ha suministrado información completa, suficiente, con un lenguaje sencillo y claro sobre el riesgo de contagio durante las actividades realizadas. Entiendo que el virus COVID-19 tiene un periodo largo de incubación durante el cual sus portadores pueden estar asintomáticos, siendo altamente contagioso. Entiendo que, al momento, debido a las limitaciones para la realización de las pruebas virales, es imposible determinar quién es portador del virus y quién no. Entiendo que las practica de actividad física pueden generar aerosoles que permiten la diseminación de la enfermedad. La naturaleza ultrafina del aerosol que producen los equipos le permite permanecer suspendido en el aire por minutos o hasta horas, lo cual puede transmitir el virus COVID-19. Entiendo que, a pesar del seguimiento de normas de bioseguridad las instalaciones locativas, debido a la presencia de otros usuarios, a las características del virus y del proceso de la práctica de la actividad física, existe un riesgo elevado de contraer el virus por el solo hecho de permanecer en las instalaciones. He sido informado que las directrices de todas las instituciones de salud internacionales, ante la situación de pandemia actual, recomiendan suspender la realización de tratamiento odontológico electivo. Confirmo que no he presentado, en los últimos 14 días, ninguno de los síntomas de COVID-19 de la siguiente lista: fiebre, dificultad respiratoria, tos seca, secreción nasal, dolor de garganta. Declaro que NO, he estado en contacto con personas con confirmación de COVID-19 o con cuadro respiratorio agudo en los últimos 14 días Entiendo que viajar puede incrementar significativamente el riesgo de contraer y transmitir el virus COVID-19. Constató que No he viajes en los últimos 14 días. Entiendo que organismos internacionales de salud recomiendan el distanciamiento social de mínimo 4 metros, lo cual me obliga a permanecer con distanciamiento físico durante la práctica de la actividad física Que he podido hacer las preguntas relacionadas con dicha enfermedad y se me han respondido en forma satisfactoria; así mismo se me ha explicado que voy a estar en riesgo de contagiarme mientras permanezca en las instalaciones. Que tras haberse cumplido lo anterior, doy mi consentimiento para permanecer en la institución, en el escenario _____, atendiendo el estricto cumplimiento de las normas de la entidad. Certifico que el contenido de este consentimiento me ha sido explicado en su totalidad, que lo he leído o me lo han leído y que entiendo perfectamente su contenido.</p> <table><tr><td>_____ Firma del Usuario</td><td>_____ CC. de</td></tr><tr><td colspan="2">Nombre Instructor a cargo _____</td></tr><tr><td>_____ Firma del Instructor a Cargo</td><td>_____ CC</td></tr></table>		_____ Firma del Usuario	_____ CC. de	Nombre Instructor a cargo _____		_____ Firma del Instructor a Cargo	_____ CC		
_____ Firma del Usuario	_____ CC. de								
Nombre Instructor a cargo _____									
_____ Firma del Instructor a Cargo	_____ CC								