

DECLARACIÓN RESPONSABLE PREVIA A REALIZACIÓN DE PRÁCTICAS EN EL HOSPITAL 12 DE OCTUBRE DE MADRID

(Este formulario es de consignación OBLIGATORIA. Ningún alumno podrá incorporarse a las prácticas clínicas en centros sanitarios sin haberlo cumplimentado).

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE:

- No he sido diagnosticado de COVID-19 en los últimos 14 días.
- No he tenido en los últimos 14 días ninguno de los síntomas significativos de COVID-19 (fiebre, tos de inicio reciente, agnosia o ageusia, disnea, limitaciones respiratorias, dolor de garganta, dolores musculares, diarrea, dolor torácico o cefalea).
- No he estado en los últimos 14 días en contacto directo (menos de 2 metros de distancia durante más de 15 minutos) con ninguna persona con síntomas de sospecha o confirmados de COVID-19. Se excluye de este contacto el mantenido dentro de un entorno laboral con los equipos de protección individual pertinentes.
- No he sido requerido por las autoridades locales o nacionales para permanecer en cuarentena por razones relacionadas con el COVID-19 en los últimos 14 días.

Igualmente declaro que:

- ☐ (marcar la casilla con una X, si es el caso) NO tengo ningún antecedente personal de salud que suponga especial vulnerabilidad ante la infección COVID-19.
- ☐ (marcar la casilla con una X, si es el caso) Sí tengo antecedentes personales de salud que me hacen especialmente vulnerable ante una eventual infección COVID-19. Siendo así, autorizo a la facultad para advertir de esta circunstancia a los centros de prácticas, para que se extremen conmigo las medidas de prevención de exposición a la COVID-19.

Por último:

- En caso de que yo fuese diagnosticado como positivo de COVID-19 durante las prácticas o en los 14 días siguientes a su finalización, me comprometo a comunicarlo, al tutor de mi centro formativo y al supervisor o mando responsable de mis prácticas en el hospital, quienes procederán de manera inmediata a comunicarlos al Responsable del Plan de Contingencia en el hospital: Santiago Pérez García. SAF investigación y docencia. sperezg@salud.madrid.org y a la Dirección del Centro de estudios, en cumplimiento de los protocolos establecidos por la Comunidad de Madrid en la detección de casos y prevención de la diseminación.
- Declaro que he realizado y realizaré todas las acciones formativas relacionadas con la prevención de infecciones y COVID-19 requeridas por el centro formativo y el centro sanitario donde realice mis prácticas.

Madrid, a ____ de _____ de 2020

Firma:

Nombre:..... Apellidos:.....

FCT:..... Hospital de prácticas:.....

Correo electrónico:..... Móvil:.....