	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CONTINUIDAD DE LAS PRÁCTICAS, BAJO EL ESQUEMA DE PRESENCIALIDAD	Código: FO-DOC-39
		Versión: 01
		Fecha de Aprobación: Agosto 04 de 2021
		Página 1 de 2

COPIA CONTROLADA

Mediante el presente documento, **xxxxx** identificado(a) con cédula de ciudadanía N° **###** expedida en **xxxx**. Manifiesto que, de manera libre y voluntaria, deseo continuar con la realización de mis prácticas Iniciales, Tecnológicas o Profesionales, bajo el esquema de presencialidad correspondientes al programa **xxx** de la Facultad de **xxxx**, del Tecnológico de Antioquia, IU.

Declaro que la Institución a través de los coordinadores y asesores de práctica, me han explicado de manera clara en qué consiste el esquema de regreso seguro a la educación en presencialidad, conforme a la directiva 05 establecida por el Ministerio de Educación Nacional y acogido para el proceso de prácticas por el Tecnológico de Antioquia, por la cual, los establecimientos educativos han podido iniciar de forma gradual, progresiva y segura, la implementación del retorno a clases presenciales con sujeción a lo establecido en el “Protocolo de Bioseguridad” definido por MinSalud.

Informo que tengo conocimiento que: la Institución Universitaria y el Centro de Prácticas o escenario de prácticas deben cumplir de manera estricta los protocolos de bioseguridad.


De la misma manera, manifiesto que conozco los protocolos de bioseguridad y autocuidado que debo tener en el desarrollo de mi práctica y me comprometo a cumplirlas cabalmente, en relación con:

- Lavado de manos.
- Distanciamiento físico.
- Uso correcto del tapabocas.
- Mantener la adecuada ventilación del espacio de práctica.
- Demás medidas adoptadas por las instituciones comprometidas con mi proceso de prácticas con la finalidad de fomentar el autocuidado y corresponsabilidad en el entorno de prácticas, académico, social y familiar.

Expreso que asumo toda la responsabilidad legal, administrativa y académica, a las que haya lugar en caso de incumplimiento, exonerando al Tecnológico de Antioquia y al Centro de Prácticas o escenario de prácticas, de toda responsabilidad, siempre que se dé cumplimiento a las directrices establecidas para este fin y no medie culpa o dolo de su parte.

Por lo tanto, declaro que soy apto(a) para realizar las prácticas de manera presencial, que me encuentro bien de salud y no presento las siguientes condiciones de comorbilidad, y en caso de no estar vacunado, como las descritas a continuación:

- Asma con crisis en los últimos seis (6) meses o uso reciente de inhaladores para tratarla.
- Enfermedades renales crónicas.
- Cáncer.
- Diabetes mellitus.
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).
- Enfermedad que afecte al sistema inmune (e.j., lupus, artritis reumatoidea o VIH, entre otras).
- Enfermedades graves del corazón.
- Enfermedades hepáticas crónicas.
- Estado de embarazo.
- Hipertensión arterial. Hipo o hipertiroidismo (sin control en los últimos seis meses).
- Anemia de células falciformes.

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CONTINUIDAD DE LAS PRÁCTICAS, BAJO EL ESQUEMA DE PRESENCIALIDAD	Código: FO-DOC-39
		Versión: 01
		Fecha de Aprobación: Agosto 04 de 2021
		Página 2 de 2

COPIA CONTROLADA

- Fibrosis quística.
- Obesidad mórbida (es decir, índice de masa corporal mayor a 40 kg/m2).
- Tomen medicamentos inmunosupresores.
- Tengan antecedente de trasplante de órganos o médula espinal.

Nombre del practicante: _____ C.C./ T.I _____

Firma: _____ Ciudad y fecha _____

En caso de ser menor de edad (menor a 18 años), el consentimiento informado lo otorga:

Nombre de padre y/o Acudiente: _____

C.C. _____ Parentesco: _____

Firma: _____ Ciudad y fecha _____