



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REINCOPORACIÓN A LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN DIURNA PARA PERSONAS MAYORES Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE SERVICIOS SOCIALES DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Como conoce, al iniciar de nuevo la asistencia al centro y retomar el contacto con otras personas, podría aumentar el riesgo de contagio por COVID -19.

Debe recordar que cuando usted o un familiar conviviente presente síntomas de una posible infección respiratoria como tos, fiebre o sensación de falta de aire y/ otros síntomas atípicos como dolor de garganta, pérdida de olfato, de sabor, diarreas, etc..., no debe acudir al centro. En ese caso informará telefónicamente al centro, permanecerá en el domicilio y se pondrá en contacto con su centro de atención primaria siguiendo sus indicaciones

Igualmente, tampoco deberá acudir al centro cuando alguna de las personas convivientes en el domicilio estén en aislamiento debido a una sospecha o diagnóstico por Covid-19, o se encuentren en período de cuarentena por haber tenido contacto con alguna persona con síntomas o diagnóstico de Covid-19. Dicha situación también deberá ser puesta en conocimiento del Centro de Día o CAI.

Declara que ha sido informado de la situación epidemiológica del centro por parte del órgano gestor del mismo y de las medidas establecidas en el centro en materia de prevención y actuación frente al COVID-19 comprometiéndose a colaborar en su realización y a respetarlas.

Así mismo es conocedor/a de las instrucciones emitidas para la reincorporación al servicio y se compromete a su cumplimiento.

Persona usuaria:

D. /Dña. _____ con DNI _____,

Representante legal:

D. /Dña. _____ con DNI _____, representante legal de D./Dña. _____, con DNI _____

_____, a ___ de ___ de ____

Firma de la persona usuaria y/o representante legal