

ANEXO I

COVID-19 FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
RECIBIR Y PARTICIPAR DE CLASES PRESENCIALES EN AMBITOS DE
PRÁCTICA EN SALUD (AULAS DE SIMULACION, HOSPITALES, CENTROS DE
SALUD, CLINICAS, COMPLEJOS DEPORTIVOS, CLUBES, ETC.)
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUYO

Yo, _____, DNI _____, por medio del presente escrito reconozco que las actividades presenciales (mínimas indispensables) en centros de salud, ámbitos hospitalarios aulas y laboratorios de simulación, clubes deportivos, etc. para el dictado de clases que utiliza la Carrera de _____ es la estrategia más adecuada para la enseñanza y aprendizaje en la provincia en el estado actual de situación sanitaria y epidemiológica.

Reconozco

Que estas actividades están autorizadas por el Ministerio de Salud de la provincia de San Juan según Resolución N° 0817-MSP-2021.

Que he sido informado y acepto el posible riesgo de contagio por Covid19 u otras enfermedades infectocontagiosas que pudieran sucederse en el momento de desarrollar estrategias de aprendizaje en los ámbitos de prácticas, dado que conozco que la pandemia Covid19 nos afecta a todos por igual. Así mismo, me comprometo a respetar y cumplir estrictamente con todas las medidas de prevención y seguridad establecidas en los protocolos sanitarios, tanto por el Ministerio de Salud de la Provincia como por la Universidad y por los ámbitos públicos o privados donde se desarrollen las actividades, los cuales declaro conocer y aceptar en todos sus términos. Por este motivo, deslindo a la Facultad de Ciencias Médicas de las consecuencias que el contagio por Covid19 u otras enfermedades podría generar.

Que, ante la eventualidad de un contagio, la atención de la salud en este contexto se brindará a través del Sistema de Salud Pública disponible, o financiada por prestadores de mi obra social o prepaga.

Conozco que la Universidad Católica de Cuyo provee solo de un seguro de accidentes en general y de accidentes punzo- cortantes en particular, mientras desarrollo las actividades prácticas planificadas solo en los ámbitos de salud autorizados, de acuerdo con la Póliza de responsabilidad civil N° en trámite de la Compañía Federación Patronal Seguros SA con vigencia hasta febrero 2022 (renovación N° 1506753).

Se me ha explicado que en cualquier momento puedo revocar el consentimiento para el uso de la modalidad presencial en aulas, laboratorios de simulación, hospitales, centros de salud, clínicas y otros, para lo cual deberé adaptarme solo a las instancias virtuales, pero con el compromiso de someterme a las evaluaciones definidas para el conjunto de alumnos por igual. Reconozco que la estrategia que se me ofrece, una vez implementada, es la misma para todos los alumnos, no pudiendo optar, en la instancia de evaluación por un modo diferente de la misma, aunque defina abandonar mi participación.

Una vez explicado todo lo relacionado y resueltas las dudas, acepto y consiento la concurrencia a las actividades presenciales de simulación y de campo en las aulas, laboratorio y en los distintos centros o ámbitos de práctica

Aceptado a los _____ días, del mes de _____, de 20____.

Firma del alumno _____

Numero de documento: _____

Carrera _____

Matricula _____

Año que cursa _____