



## DECLARACION JURADA (DDJJ)

### FORMULARIO DE CONTROL DE SALUD COVID-19

Aedin (Asociación en Defensa del Infante Neurológico), informa a los responsables del niño / joven ..... DNI\_..... que concurre a las Actividades Presenciales del CET, de asistencia voluntaria y no obligatoria, los protocolos de atención en el contexto de la Pandemia COVID-19, y el mismo presta conformidad:

1- Se le informan las características especiales que tiene la modalidad de dicho abordaje semanal presencial, y los recaudos que Aedin ha tomado en base a los protocolos de bioseguridad vigentes y recomendaciones de especialistas en la materia, como así también los recaudos que deberá tomar el paciente y su familia.

2 - Se deja constancia a través de la misma que se han enviado vía mail, los siguientes documentos:

- Protocolo de Actividades Presenciales Grupales
- Consentimiento – Autorización de Actividades Presenciales
- Declaración Jurada (DDJJ) – Formulario de Control de Salud Covid-19

3- Se le informa que nuestro establecimiento cumple con los estándares de bioseguridad exigibles en el marco de la Pandemia COVID-19. No obstante, se les hace saber que a pesar de todas estas medidas implementadas, no se puede garantizar al 100% la posibilidad de evitar un contagio.

4 - De acuerdo con lo que establece el protocolo vigente del Ministerio de Salud, los pacientes que presenten síntomas compatibles con COVID-19, deben permanecer en sus domicilios y **NO DEBEN CONCURRIR AL ESTABLECIMIENTO DE AEDIN SIENDO SU EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD LAS CONSECUENCIAS DERIVADAS DE BRINDAR DATOS FALSOS U OCULTAR SINTOMAS DE COVID-19**. Deberán así mismo contactarse telefónicamente con su cobertura médica o con el SAME, llamando al 107 (en CABA) o al 148 (en la provincia de Buenos Aires). El Ministerio de Salud ha definido los protocolos de atención correspondientes, que determinan que el paciente debe permanecer en aislamiento hasta que se confirme o descarte el diagnóstico.

5 – La familia se compromete a comunicar en forma inmediata si el alumno o algún miembro conviviente presenta COVID-19 positivo, o bien ha manifestado síntomas compatibles, a saber: tos, fiebre, dolor de garganta, dificultad respiratoria, falta de aire, pérdida del gusto, pérdida del olfato, ni ningún otro síntoma relacionado al COVID-19, en los últimos 14 días.

Leído y notificado según párrafos precedentes, la familia procede a completar la Declaración Jurada:

Firma adulto responsable:

Aclaración: ..... DNI: .....

Vínculo: .....

Alumno/a .....

Área: ..... Grupo: .....

Fecha: .....

¿Presenta actualmente o presentó dentro de los últimos 14 días los siguientes síntomas?

Fiebre (37.5° o más)	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Tos	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Dolor de garganta	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Dificultad respiratoria	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Dolor muscular	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Cefalea	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Miálgias	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Diarrea y/o vómitos	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Neumonía	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Pérdida del gusto	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Pérdida del olfato	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

En caso de respuesta afirmativa, indique la fecha de aparición de los síntomas .....

¿Tuvo COVID-19? (hisopado positivo con o sin síntomas)    Sí     No

En caso afirmativo, ¿presenta certificado de alta?    Sí     No

¿Es personal de salud o personal de fuerzas de seguridad o fuerzas armadas, brinda asistencia a personas mayores o trabaja en instituciones cerradas o de internación prolongada?

Sí     No

¿En los últimos 14 días estuvo en contacto estrecho con un caso confirmado de COVID-19?

Sí     No

**Declaro bajo juramento que notificaré de forma inmediata a Aedin, y procederé de acuerdo a lo establecido en el protocolo, ante síntomas compatibles con COVID-19 del alumno/paciente y/o su grupo familiar conviviente.**

Firma adulto responsable:

Aclaración: .....

Vínculo: .....

DNI: .....

Fecha: .....