

**INCORPORACIÓN DE INTERNOS RESIDENTES
FORMULARIO DE DECLARACIÓN COVID19**

Lugar:
Fecha:
DATOS PERSONALES
Nombre:
Apellidos:
Categoría:
DECLARACIÓN
El abajo firmante, cuyos datos personales aparecen arriba, indica que:
<ul style="list-style-type: none">• Declaro que no tengo síntomas relacionados con la COVID19 en los últimos 14 días. (tos / gripe / fiebre / dificultad respiratoria / diarrea / náuseas / vómitos / anosmia / ageusia)• Declaro que, aunque en mi profesión puedo tener contacto con personas que pueden ser casos confirmados o sospechosos de COVID19, he seguido los protocolos de protección personal actuales y que no se me considera CONTACTO ESTRECHO NI DE ALTO RIESGO de ninguno de ellos.• Confirmando que no he viajado desde ningún país en el que se hayan impuesto restricciones de viaje/confinamiento en los últimos 14 días.• Acepto que podría indicárseme no incorporarme a mi plaza como Interno Residente en el caso de que no pueda confirmar las declaraciones expresadas más arriba
VACUNACIÓN: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Marca Comercial:
FIRMA:

A los Internos Residentes que no cumplan con las normas de distanciamiento social y las medidas de seguridad e higiene, se les denegará el acceso a los Centros Sanitarios de nuestra red, se informará por parte del jefe de Estudios a la Dirección de Salud y se tomarán las medidas de salud pública necesarias registradas en el protocolo que se encuentre actualizado para evaluar, diagnosticar y seguir cualquier caso que se presentara.

VºBº:

Jefe de Estudios de la UD