

Consentimiento informado

Frente al actual estado de emergencia sanitaria causada por el virus SARS-COV 2 (Coronavirus/ Covid-19), lo que supone una circulación viral y dispersión comunitaria de esta enfermedad en nuestro país, frente a la necesidad de resguardar mi propia salud y la de mis compañeros, y a fin de que **Universidad de Aconcagua** Sede de _____, pueda adoptar las medidas de resguardo pertinentes, tomo conocimiento de:

PRIMERO: Me comprometo a observar, respetar y cumplir todas las medidas de prevención del contagio del Covid-19 y que **Universidad de Aconcagua** ha recomendado seguir a su comunidad educativa mediante los canales oficiales de comunicación, en concordancia con los lineamientos entregados por la autoridad sanitaria:

- a. Medición de temperatura al ingreso de las respectivas sedes, quienes presenten temperatura sobre 37,8°C y síntomas Covid-19, serán derivados a centro asistencial.
- a. El uso obligatorio de mascarilla al interior de las instalaciones de Sedes.
- b. Mantener la distancia indicada según cada espacio, al interior de la Sede.
- c. Cubrir boca al toser o estornudar. Utilizar un pañuelo o el antebrazo.
- d. Higienizar periódicamente las manos con jabón o alcohol gel.
- e. Preferir el uso de las escaleras, si se utiliza el ascensor recordar seguir las indicaciones del uso correcto de este.
- f. Respetar la señalética sobre los usos de los asientos y los espacios habilitados en sede.
- g. Respetar el aforo máximo identificado para cada recinto.
- h. Cumplir estrictamente lo establecido en el Plan Paso a Paso, en el caso de ser notificado como contacto estrecho e informar a su director/a de carrera en la sede.

SEGUNDO: Declaro, además, aceptar las medidas temporales que el **docente y/o encargados de laboratorio** encuentren que sean necesarias para cumplir las medidas de prevención del contagio del virus SARS-COV 2, de acuerdo a las disposiciones establecidas por la autoridad sanitaria.

TERCERO: Declaro, no contar con síntomas de enfermedad y/o no haber compartido con una persona diagnosticada con Covid-19 en los últimos 15 días.

CUARTO: Para conocimiento y registro de la Universidad de Aconcagua, declaro tener las siguientes condiciones de salud, consideradas comorbilidad:

_____/_____/_____

QUINTO: Declaro no estar embarazada o ser mayor de 60 años.

Declaro conocer y adherir las condiciones descritas anteriormente.

Nombre: _____ **RUT:** _____

Carrera: _____ **Fecha:** _____

Firma: _____

Nota: El presente documento es para uso confidencial y exclusivo de la Universidad de Aconcagua, de acuerdo a LEY 19.628 SOBRE PROTECCION DE LA VIDA PRIVADA.