

**CONSENTIMIENTO INFORMADO - PERSONAS MAYORES
RESGUARDO VOLUNTARIO EN DISPOSITIVOS COMUNITARIOS**

APELLIDOS					
NOMBRES					
GÉNERO	FEMENINO	MASCULINO		OTROS	
DNIN°					
FECHA DE NACIMIENTO		EDAD			
DOMICILIO					
BARRIO		COMUNA			
TELÉFONOS					
PERSONAS QUE RESIDAN ACTUALMENTE CON USTED:					
APELLIDO Y NOMBRE	DNIN°	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD		
PROGRAMAS O BENEFICIOS DE TERCERA EDAD QUE RECIBE ACTUALMENTE					
USTED O ALGUNOS DE SUS FAMILIARES QUE RESIDEN CON USTED:					
SUBSIDIO / BENEFICIO	APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO			DNIN°	
ALIMENTARIO					
HOGAR TERCERA EDAD					
ALMUERZO CALIENTE					
INSTITUCIÓN					
OTRO					

Declaro bajo juramento que el domicilio consignado en el presente es de carácter permanente.

Asimismo, declaro que SI - NO (tachar lo que no corresponda) percibo jubilación / pensión.

Por otra parte, declaro que me encuentro en plena capacidad jurídica para solicitar y aceptar la propuesta de resguardo voluntario para distanciamiento social preventivo en el marco de la declaración de pandemia del coronavirus (COVID-19) emitida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y dispuesto por DNU/297/PEN/2020 y prorrogada por DNU/355/PEN/2020, DNU/1/GCABA/2020, modificatorias y concordantes mientras dure el “aislamiento social, preventivo y obligatorio”.

Acepto que en el día de la fecha soy trasladado voluntariamente, mediante la unidad de traslado dispuesta por el Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat perteneciente al GCABA, desde hacia el/la..... de resguardo voluntario, sito en a los fines de dar cumplimiento al resguardo preventivo en el marco de lo mencionado en el párrafo precedente.

Manifiesto que me evaluaron médicamente en un Centro de salud y Acción Comunitaria (CESAC), confeccionándose la ficha médica en la cual se informan la totalidad de los datos e indicaciones correspondientes a mi estado de salud.

He sido informado que el Ministerio de Salud del G.C.A.B.A. me proveerá de la medicación que requiera según prescripción médica y atención médica, en caso de ser necesaria.

He sido informado que se me brindará la alimentación completa durante mi estadía.

Desisto de iniciar acciones legales contra el G.C.A.B.A., o contra sus funcionarios, empleados, contratistas y/o subcontratistas, por las posibles lesiones, heridas y/o enfermedades como asimismo por los posibles perjuicios que se me causen como consecuencia de un eventual caso fortuito o fuerza mayor, que se pudiera llegar a ocasionar durante o como resultado de mi estadía.

Me informan que, en caso de ser necesaria, recibiré asistencia psico-social y contención emocional durante mi estadía.

Por lo expuesto, se deja expresa constancia que la presente se suscribe en mi plena capacidad jurídica para solicitar y aceptar la propuesta de resguardo voluntario para distanciamiento social preventivo en el marco de la declaración de pandemia del coronavirus (COVID-19) emitida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el DNU N° 297/PEN/2020 y prorrogada por DNU/3555/PEN 2020, DNU N° 1/GCABA/2020, modificatorias y concordantes mientras dure el “aislamiento social, preventivo y obligatorio” de carácter general para la población.

.....

Firma

.....

DNI

.....

Aclaración de Firma



GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Hoja Adicional de Firmas
Anexo

Número:

Buenos Aires,

Referencia: DDJJ Ingreso.

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 2 pagina/s.