**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE PRÁCTICA CLÍNICA**

**EN SITUACIÓN DE EMERGENCIA POR PANDEMIA COVID-19**

Como estudiante de la carrera de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_declaro estar consciente de la situación sanitaria en que nos encontramos como consecuencia de la pandemia del virus SARS-Cov-2 que causa la enfermedad COVID-19, la cual tiene un alto riesgo de contagio.

Declaro haber sido informado(a) por parte de la Universidad acerca de todas las medidas de bioseguridad establecidas por la autoridad sanitaria y que se deben adoptar para disminuir el riesgo de contraer y transmitir la enfermedad por COVID-19:

1. Uso obligatorio de Elementos de Protección Personal (EPP), según los requerimientos de cada centro asistencial.
2. Distanciamiento físico entre personas, de a lo menos 1, 5 metros
3. Lavado frecuente de manos con jabón,
4. Higiene de manos en base a alcohol gel

Declaro, asimismo, no tener alguna enfermedad, o estar embarazada o tener una condición crónica de salud que la autoridad sanitaria haya declarado como enfermedad de riesgo, las cuales declaro conocer.

Asumo que, dadas las características de funcionamiento de los campos de prácticas, que considera atención a usuarios y compartir lugar de trabajo presencial con otros miembros profesionales del centro, el uso de todas las medidas de bioseguridad indicadas por la autoridad sanitaria, las adoptadas por la propia institución y las adoptadas por el estudiante, no imposibilitan que pueda ocurrir contagio del virus SARS-Cov-2 y el desarrollo de la enfermedad durante la realización de la actividad curricular práctica.

Asimismo, entiendo que la realización de la actividad curricular practica involucra el traslado desde mi lugar de residencia al lugar donde ella se realiza y que el uso de todas las medidas de bioseguridad indicadas por la autoridad sanitaria y adoptadas por el/la estudiante en práctica, no imposibilitan que ocurra contagio del virus SARS-Cov-2 y el desarrollo de la enfermedad COVID-19.

En tal caso, declaro que he sido debidamente informado/a de que existe riesgo de contraer la enfermedad durante mi período de prácticas, aun cuando se hayan tomado todas las medidas para minimizarlo.

Asimismo, declaro estar en conocimiento que si durante mi periodo de práctica, se presentan síntomas asociados a COVID 19, será necesario que el equipo de prácticas adopte los protocolos establecidos para el tratamiento y manejo de personas infectadas con dicha enfermedad. Del mismo modo, declaro conocer la obligación de informar tanto a la persona encargada del lugar de práctica como al docente responsable de la actividad, sobre la presencia de síntomas asociados a COVID-19 y abstenerme de asistir al lugar mientras se realizan los exámenes correspondientes y el tratamiento, en caso de que corresponda.

Declaro que he recibido información clara, completa y suficiente acerca de este consentimiento informado.

Declaro además que he recibido y leído el documento “Protocolo Covid-19 para trabajo y actividades académicas presenciales” de la Universidad Católica del Maule. Declaro haber realizado y aprobado la capacitación mencionada en el último documento y acepto la puesta en práctica de las medidas que se requieran.

Declaro estar en conocimiento que, si deseo más información puedo solicitarla en la Dirección de Escuela.

Considerando las condiciones establecidas en el presente documento:

|  |
| --- |
|  |

CONSIENTO y ACEPTO realizar mi práctica

|  |
| --- |
|  |

RECHAZO realizar mi práctica

Fecha:

Nombre estudiante:

RUT:

Declaro haber recibido la información del Director/a de Escuela o de quien él/ella designe:

Sr/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Nombre Director de Escuela o persona designada para ello)

Firma estudiante