



ENCUESTA PARA CIRUGÍA COVID-19

DECLARACIÓN JURADA PARA INGRESO A LA CLÍNICA SAN CAMILO
ANTE UN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Fecha

La presente **declaración jurada** se realiza en el marco del nuevo virus, **SARS-CoV-2**, el cual se transmite fácilmente entre humanos si no se toman las medidas preventivas adecuadas. Ante la emergencia Sanitaria por la Pandemia se han dispuesto una serie de normas y medidas las cuales debemos dar cumplimiento.

Clínica San Camilo como institución de Alta Complejidad, está orientada a garantizar la calidad y seguridad de todo paciente que ingresa como así también del cuidado del personal asistencial y de la comunidad en general, siguiendo los protocolos establecidos por el Ministerio de Salud de la Nación y reglamentaciones Internacionales.

DATOS PERSONALES
NOMBRE Y APELLIDO:
TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO:
FECHA DE NACIMIENTO:
NACIONALIDAD:
DOMICILIO:

Interrogatorio en marco de COVID-19	Responder <u>FECHAS</u> en preguntas: C/D/E		
A) Es Ud. Personal de Salud, Personal o Trabajador <u>Esencial</u> (24 categorías definidas por Ministerio de Salud y Gobierno Nacional), Personal al cuidado de adultos mayores o discapacitados, etc.	NO	SI	
B) Usted tiene o ha tenido en los últimos 14 días:			
1. Fiebre, escalofríos, sudoración o dolores de cabeza.	NO	SI	
2. Dolor de garganta o dificultad al tragar.	NO	SI	
3. Síntomas respiratorios: mucosidad por nariz, tos, picazón en garganta, falta de aire.	NO	SI	
4. Dificultad en percepción de gusto u olfato.	NO	SI	
5. Cansancio, dolor muscular generalizado, dolor articular.	NO	SI	
6. Deposiciones blandas o líquidas (diarrea).	NO	SI	
7. ¿Viaje? Indicar el lugar. ¿Contacto dentro de los 14 días con alguien que lo hubiera hecho?	NO	SI	
8. Contacto con alguien que esta o ha estado enfermo o con sospecha de COVID.	NO	SI	
9. Contacto estrecho con alguien que está o se encontraba en aislamiento sanitario.	NO	SI	
C) ¿Tuvo COVID-19?	NO	SI	___/___/___
D) Se realizó hisopado o test de COVID-19 recientemente	NO	SI	___/___/___
E) ¿Se ha vacunado para COVID-19? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Siendo SÍ, tiene esquema Completo <input type="checkbox"/> o Incompleto <input type="checkbox"/> Indique número de última dosis ___ (ejemplo 3ª) y su fecha ___/___/___			

Para ser completado al momento del ingreso en puesto 1 vigilancia CSC:

Fecha: ___/___/___

Sello: ___

Temperatura: ___°C

NO SÍ

FIRMA

ACLARACIÓN

DNI

"La Congregación Hijas de San Camilo pone en su conocimiento que dispone de una base de datos de pacientes registrada ante la Dirección Nacional de Protección de Datos Personales y que sus datos serán utilizados con fines profesionales para brindarle el servicio/atención médica. Como consecuencia de ello, le informamos que la Congregación Hijas de San Camilo cumple con ley 25.326 y las disposiciones dictadas por la Dirección Nacional de Protección de Datos Personales en materia de protección de datos personales. Los titulares de los datos podrán ejercer en Av. Ángel Gallardo 899 (por escrito o personalmente y) previa acreditación de su identidad o de facultades suficientes de representación el derecho de acceso, rectificación, actualización, de sometimiento a confidencialidad y/o de supresión de los datos personales que hubieran sido recabados y formen parte de dicha base de datos. Para obtener más información sobre este tema, deberá enviar un email a datospersonales@clnicasancamilo.org.ar".