



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE
VALPARAÍSO

INFORMACIÓN PARA PRESTADORES DE SERVICIOS INTERNOS, EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19

Yo,.....,
RUT:, en este acto declaro estar informado de la situación sanitaria en la cual nos encontramos como consecuencia de la pandemia del virus SARS-CoV-2, causante de la enfermedad COVID-19, la cual presenta un alto riesgo de contagio.

Declaro encontrarme informado(a) respecto 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 y que son:

- Uso obligatorio de Elementos de Protección Personal
- Lavado frecuente de manos con jabón líquido.
- Uso de desinfectante de manos en base a alcohol gel.
- Distanciamiento entre personas.
- Todo ello, sin perjuicio de las nuevas medidas sanitarias específicas que se adopten.

Asumo que, el cumplimiento estricto de todas las medidas de bioseguridad indicadas por la autoridad sanitaria ya referidas, no imposibilitan que pueda ocurrir contagio del virus SARS-CoV-2 y el desarrollo de la enfermedad durante la realización de los servicios que presto al interior de los recintos universitarios, como en cualquier otro lugar al que deba trasladarme con motivo de mis servicios. Esto debido al eventual contacto estrecho, según las definiciones efectuadas por la autoridad sanitaria, con otras personas que asisten a la Universidad.

Entiendo que la asistencia a la Universidad involucra el traslado desde mi lugar de habitación u otro lo que constituye un riesgo en sí mismo, y que el cumplimiento de todas las medidas de bioseguridad indicadas por la autoridad sanitaria y adoptadas por mí, 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 TRAVÉS DEL CURSO COVID ENTRE OTROS, de que existe riesgo de contraer la enfermedad durante mi permanencia en los recintos universitarios, o en el traslado hacia o desde los mismos, aun cuando se hayan tomado todas las medidas para minimizarlo.

Asimismo, declaro estar en conocimiento que, si durante mi periodo de permanencia en los recintos universitarios, se presentan síntomas asociados a COVID 19, será necesaria la adopción de los protocolos establecidos para el tratamiento y manejo de pacientes infectados con dicha enfermedad.



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE
VALPARAÍSO

Del mismo modo, me obligo a informar tanto a la Universidad, sea a los Directivos del Instituto, Vigilantes o la autoridad académica o administrativa respectiva sobre la presencia de síntomas asociados a COVID-19 y abstenerme de asistir a los recintos universitarios mientras se realizan los exámenes correspondientes, evitando todo contacto estrecho y, en caso que corresponda, someterme al tratamiento que se me indique por mi médico tratante. Dado el conocimiento actual de la comunidad científica, entiendo que en caso de contagio por SARSCoV-2 no es posible predecir el curso de la enfermedad, pudiendo ser desde un paciente asintomático hasta un paciente que requiere hospitalización prolongada con apoyo de terapias invasivas y que eventualmente pudiera tener un desenlace fatal.

Asimismo, de acuerdo al actual escenario de incertidumbre en la cual nos vemos enfrentados a nivel tanto nacional como internacional con respecto al curso de esta pandemia, puede existir la probabilidad de que mis actividades al interior de la Universidad sean suspendidas o interrumpidas por aparición de un rebrote en el número de contagios por la enfermedad. Como prestador, declaro haber recibido esta información por parte de la Universidad, la cual asumiré sin reparos.

En forma adicional, declaro no presentar una enfermedad o condición crónica de salud que la autoridad sanitaria haya declarado como enfermedad de riesgo para Covid-19, ni tampoco presento signos y síntomas compatibles con la enfermedad, de acuerdo a lo que ha sido definido por la autoridad sanitaria. Por último, declaro que me obligo a cumplir estrictamente con todas las medidas de bioseguridad que han sido o sean, en el futuro, determinadas por la autoridad sanitaria. Asimismo, me obligo a utilizar en todo momento, salvo cuando ello no sea procedente de acuerdo a la normativa e indicaciones vigentes, los elementos de protección personal.

Declaro haber recibido información clara, completa y suficiente acerca de este informativo y he comprendido el contenido de este documento, por lo que acepto la puesta en práctica de las medidas que se requieran.

Declaro que eximo de toda responsabilidad a la Universidad, si se llegase a presentar uno de los eventos descritos anteriormente en el documento.

Declaro estar en conocimiento que, si deseo más información puedo solicitarla.

Firma

Declaro haber recibido la información de:
Unidad Académica o Administrativa: