Anexo III
SOLICITUD PARA LA SALIDA VOLUNTARIA Y TEMPORAL DE PERSONAS RESIDENTES EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES ESPECIALIZADOS DE NATURALEZA RESIDENCIAL.

1.- SOLICITANTE.

NOMBRE: _____ NIF/NIE: _____

2.- DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

DOMICILIO: _____

Nº: _____ ESCALERA: _____ PISO: _____ (OTROS): _____

LOCALIDAD: _____ PROVINCIA: _____

SOLICITO la salida temporal de la persona residente cuyos datos se indican a continuación y se permita su acogida en el domicilio que se acaba de indicar.

3.- DATOS DE LA PERSONA RESIDENTE

NOMBRE: _____ NIF/NIE: _____

RELACIÓN CON EL SOLICITANTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE: _____

FECHA DE ACEPTACIÓN DE SALIDA: _____

VACUNACIÓN: Persona vacunada (duración inferior, igual o superior a 10 días), Persona no vacunada (duración igual o superior a 10 días).

- a) Declaro que he sido informado y conozco las medidas de prevención y protección necesarias.
- b) Me comprometo a cumplir las medidas de prevención e higiene: uso de la mascarilla todo el tiempo posible, lavado de manos frecuente, mantenimiento de la distancia física, ventilación y demás condiciones fijadas por las autoridades sanitarias.
- c) Me comprometo a que la persona residente acudirá a un único domicilio integrado por un único núcleo de convivencia y sin que se supere el número máximo de 6 personas incluyendo en el cómputo a la persona residente.
- d) Las personas que integran el núcleo familiar son: _____

- e) Declaro bajo mi responsabilidad que ninguno de los miembros del núcleo de convivencia presentamos cuadro compatible con la infección, ni hemos estado en contacto estrecho con caso posible o confirmado por infección producida por coronavirus. Nos encontramos asintomáticos en el momento actual.
- f) Declaro que cuento en mi domicilio con las condiciones adecuadas para el cuidado de persona residente y que podré ponerle, en caso necesario, en situación de aislamiento.
- g) Declaro que he sido informado y conozco que la persona residente, podrá retornar a la residencia en las condiciones establecidas por las autoridades competentes, y de no cumplirse, deberé hacerme cargo durante el tiempo necesario.
- h) Declaro que he sido informado y conozco las condiciones de retorno a la residencia.
- i) Declaro que la persona residente, en su caso, ha sido informado y conoce las condiciones y medidas de higiene y prevención. Además, ha manifestado su expreso deseo de salir del centro de forma temporal.
- j) He contado con el tiempo suficiente y la oportunidad para realizar preguntas. Todas las dudas fueron resueltas a mi entera satisfacción.
- k) Declaro bajo mi responsabilidad que los datos consignados en esta solicitud son ciertos, quedando enterado, además, de la obligación de comunicar a la Residencia cualquier variación que pudiera producirse en los mismos. La falsedad de los datos plasmados en la presente solicitud conllevará la imposición de las pertinentes sanciones conforme a la normativa vigente.

En _____, ____ de _____ de 2021.

Fdo. solicitante.: _____ Fdo. persona residente/Representante (en conformidad): _____

DIRIGIDO A: (Identificar centro y a la persona responsable de la Residencia): _____

(ESTE DOCUMENTO, UNA VEZ CUMPLIMENTADO, SE DEBE PRESENTAR AL CORREO ELECTRÓNICO HABILITADO POR LA RESIDENCIA)

ANEXO IV

DECLARACIÓN RESPONSABLE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL RETORNO DE PERSONAS RESIDENTES PROCEDENTES DE DOMICILIO PARTICULAR Y NUEVOS INGRESOS EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES ESPECIALIZADOS DE NATURALEZA RESIDENCIAL.

Fecha *retorno* *nuevo ingreso*:

Identificación de la persona usuaria:

Capacidad de obrar de la nueva persona usuaria: SI NO

Procedencia de la nueva persona usuaria:

Domicilio particular

Domicilio particular y alta hospitalaria

Residencia (sin brote abierto)

Residencia (sin brote abierto) y alta hospitalaria.

Vacunación y prueba diagnóstica realizada:

Persona vacunada PCR negativo (no aislamiento preventivo) IgG positiva (no aislamiento preventivo)

Persona no vacunada PCR negativo (aislamiento preventivo) IgG positiva (no aislamiento preventivo) aceptación administración vacuna covid.

Identificación del representante:

Identificación del profesional que proporciona la información y la declaración responsable:

1. Declaro que he sido informado de los riesgos de contagio, de las medidas de prevención e higiene y de la situación del centro de destino a nivel sanitario y epidemiológico a la fecha del retorno a la fecha del ingreso.

2. Declaro que el resultado de la prueba diagnóstica realizada ha sido negativo o evidencia una infección resuelta.

3. Declaro bajo mi responsabilidad que la persona usuaria no presenta cuadro compatible con la infección, ni ha estado en contacto estrecho con caso posible o confirmado por infección producida por coronavirus. Se encuentra asintomática en el momento actual, quedando enterada/o, además, de la obligación de comunicar a la Residencia de origen cualquier variación que pudiera producirse.

4. *En el caso que proceda*: *Declaro que, al tratarse de una persona no vacunada he sido informado del cumplimiento de aislamiento de 10 días, salvo en caso de infección resuelta y que las visitas estarán permitidas, de acuerdo a lo indicado por las autoridades competentes.*

5. He contado con el tiempo suficiente y la oportunidad para realizar preguntas. Todas las dudas fueron resueltas a mi entera satisfacción.

6. El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria.

Firmo por duplicado, quedándome con una copia.

Fecha aceptación:

Fecha aceptación:

Firma de la persona usuaria:

Firma del representante:

"Hacemos constar que hemos informado de los riesgos de contagio de coronavirus, de las medidas de prevención e higiene indicadas y de la situación del centro a nivel sanitario y epidemiológico".
Esta persona otorga su consentimiento por medio de su firma fechada en este documento.

Fecha:

Firma del profesional informante:

(ESTE DOCUMENTO, UNA VEZ CUMPLIMENTADO, SE DEBE APORTAR A LA RESIDENCIA)

ANEXO V
DECLARACIÓN RESPONSABLE PARA LA REALIZACIÓN DE VISITAS A PERSONAS
RESIDENTES VACUNADAS

Fecha asentimiento de la persona residente:

Identificación de la persona residente:

Identificación del visitante 1: familiar, allegado, persona de referencia:

Identificación del visitante 2: familiar, allegado, persona de referencia:

Identificación del visitante 3: familiar, allegado, persona de referencia:

Identificación del visitante 4: familiar, allegado, persona de referencia:

Situación del centro: Residencia sin brote abierto Residencia con brote abierto y autorización de autoridades públicas.

Identificación del profesional que proporciona la información y la declaración responsable:

Identificación del profesional acompañante:

-
1. Declaro que he sido informado de los riesgos de contagio, de las medidas de prevención e higiene, de la situación del centro de destino a nivel sanitario y epidemiológico y de la facultad de la entidad de acción social a suspender temporalmente mis visitas por no observar las medidas preventivas y de higiene.
 2. Me comprometo a cumplir las medidas de prevención e higiene.
 3. Declaro que la persona residente no se ha opuesto a recibir visitas en las condiciones establecidas.
 4. Declaro bajo mi responsabilidad que no presento cuadro compatible con la infección, ni he estado en contacto estrecho con caso posible o confirmado por infección producida por coronavirus. Me encuentro asintomático en el momento actual, quedando enterada/o, además, de la obligación de comunicar a la Residencia de origen cualquier variación que pudiera producirse.
 5. He contado con el tiempo suficiente y la oportunidad para realizar preguntas. Todas las dudas fueron contestadas a mi entera satisfacción.
 6. El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria.

Firmo por duplicado, quedándome con una copia.

Fecha:

Firmas de los visitantes o, en su caso, de la persona/as que ostente/n la representación legal:

"Hacemos constar que hemos informado de los riesgos de contagio de coronavirus, de las medidas de prevención e higiene indicadas y de la situación del centro de destino a nivel sanitario y epidemiológico".
Esta persona otorga su consentimiento por medio de su firma fechada en este documento.

Fecha:

Firma del profesional informante:

Fecha:

Firma del profesional acompañante:

(ESTE DOCUMENTO, UNA VEZ CUMPLIMENTADO, SE DEBE APORTAR A LA RESIDENCIA)

ANEXO VI
DECLARACIÓN RESPONSABLE PARA LA REALIZACIÓN DE VISITAS A PERSONAS
RESIDENTES NO VACUNADAS

Fecha asentimiento de la persona residente:

Identificación de la persona residente:

Identificación del visitante familiar, allegado, persona de referencia:

Identificación del profesional que proporciona la información y la declaración responsable:

Identificación del profesional acompañante:

1. Declaro que he sido informado de los riesgos de contagio, de las medidas de prevención e higiene, de la situación del centro de destino a nivel sanitario y epidemiológico y de la facultad de la entidad de acción social a suspender temporalmente mis visitas por no observar las medidas preventivas y de higiene.

2. Me comprometo a cumplir las medidas de prevención e higiene.

3. Declaro que la persona residente no se ha opuesto a recibir visitas en las condiciones establecidas.

4. Declaro bajo mi responsabilidad que no presento cuadro compatible con la infección, ni he estado en contacto estrecho con caso posible o confirmado por infección producida por coronavirus. Me encuentro asintomático en el momento actual, quedando enterada/o, además, de la obligación de comunicar a la Residencia de origen cualquier variación que pudiera producirse.

5. He contado con el tiempo suficiente y la oportunidad para realizar preguntas. Todas las dudas fueron respondidas a mi entera satisfacción.

6. El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria.

Firmo por duplicado, quedándome con una copia.

Fecha:

Firma del visitante:

“Hacemos constar que hemos informado de los riesgos de contagio de coronavirus, de las medidas de prevención e higiene indicadas y de la situación del centro de destino a nivel sanitario y epidemiológico”.

Esta persona otorga su consentimiento por medio de su firma fechada en este documento.

Fecha:

Firma del profesional informante:

Fecha:

Firma del profesional acompañante:

(ESTE DOCUMENTO, UNA VEZ CUMPLIMENTADO, SE DEBE APORTAR A LA RESIDENCIA)

ANEXO VII
ACOMPAÑAMIENTO ANTE EL PROCESO DE MORIR
Documento de consentimiento informado y compromiso del cumplimiento de medidas.

Fecha asentimiento de la persona residente:

Identificación de la persona residente:

Situación de la persona residente: No afectada por la infección Afectada por la infección

Identificación del acompañante 1: familiar, allegado, persona de referencia:

Identificación del acompañante 2: familiar, allegado, persona de referencia:

Identificación del acompañante 3: familiar, allegado, persona de referencia:

Identificación del acompañante 4: familiar, allegado, persona de referencia:

Identificación del profesional que proporciona la información y el documento de consentimiento informado:

Identificación del profesional acompañante:

-
1. Declaro que he sido informado de los riesgos de contagio, de las medidas de prevención e higiene y de la situación del centro a nivel sanitario y epidemiológico.
 2. Me comprometo a cumplir las medidas de prevención e higiene y el periodo de cuarentena que se establezca en los protocolos, en caso de desatención o descuido y tratarse de un caso positivo a la infección.
 3. Declaro que la persona residente no se ha opuesto a recibir acompañamiento en las condiciones establecidas.
 4. He contado con el tiempo suficiente y la oportunidad para realizar preguntas. Todas las dudas fueron resueltas a mi entera satisfacción.
 5. Declaro bajo mi responsabilidad que no presento cuadro compatible con la infección, ni he estado en contacto estrecho con caso posible o confirmado por infección producida por coronavirus. Me encuentro asintomático en el momento actual, quedando enterada/o, además, de la obligación de comunicar a la Residencia de origen cualquier variación que pudiera producirse.
 6. El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria.

Firmo por duplicado, quedándome con una copia.

Fecha:

Firmas de los acompañantes o, en su caso, de la persona/as que ostente/n la representación legal:

"Hacemos constar que hemos informado de los riesgos de contagio de coronavirus, de las medidas de prevención e higiene indicadas y de la situación del centro de destino a nivel sanitario y epidemiológico".

Esta persona otorga su consentimiento por medio de su firma fechada en este documento.

Fecha:

Firma del profesional informante:

Fecha:

Firma del profesional acompañante:

(ESTE DOCUMENTO, UNA VEZ CUMPLIMENTADO, SE DEBE APORTAR A LA RESIDENCIA)

ANEXO VIII
DECLARACIÓN RESPONSABLE PARA LA REALIZACIÓN DE DESPLAZAMIENTOS
PERMITIDOS SIN ACOMPAÑANTE

Identificación de la persona residente:

Situación de la persona residente: Persona autónoma.

Vacunación: Persona residente vacunada Persona residente no vacunada

Motivo de la salida: paseo consulta sanitaria motivo ineludible Circunstancias excepcionales.

Identificación del profesional que proporciona la información y la declaración responsable:

1. Declaro que he sido informado de los riesgos de contagio, de las medidas de prevención e higiene, de la situación del centro a nivel sanitario y epidemiológico y de la facultad de la entidad de acción social a suspender temporalmente las salidas por no observar las medidas preventivas y de higiene.

2. Vacunación:

Persona vacunada: Me comprometo a no entrar en domicilios particulares, espacios cerrados de hostelería u otros lugares donde puedan producirse aglomeraciones (centros comerciales o similares), así como a respetar las normas de movilidad segura durante el transporte.

Persona no vacunada: Me comprometo a cumplir con un paseo diario, a que la duración sea de 60 minutos y a una distancia no superior de un kilómetro con respecto al domicilio de la residencia, así como a no entrar en domicilios particulares, en espacios cerrados de hostelería u otros lugares donde puedan producirse aglomeraciones (centros comerciales o similares).

3. Me comprometo a cumplir las medidas de prevención e higiene. En particular, uso de mascarilla y mantener distancia interpersonal con terceros de al menos dos metros.

4. He contado con el tiempo suficiente y la oportunidad para realizar preguntas. Todas las dudas fueron respondidas a mi entera satisfacción.

Firmo por duplicado, quedándome con una copia.

Fecha:

Firma de la persona residente:

"Hacemos constar que hemos informado de los riesgos de contagio de coronavirus, de las medidas de prevención e higiene indicadas y de la situación del centro de destino a nivel sanitario y epidemiológico.

Esta persona otorga su consentimiento por medio de su firma fechada en este documento".

Fecha:

Firma del profesional informante:

(ESTE DOCUMENTO, UNA VEZ CUMPLIMENTADO, SE DEBE APORTAR A LA RESIDENCIA)

ANEXO IX
DECLARACIÓN RESPONSABLE PARA EL ACOMPAÑAMIENTO EN DESPLAZAMIENTOS PERMITIDOS

Fecha asentimiento de la persona residente:

Identificación de la persona residente:

Situación de la persona residente: Persona autónoma Persona no autónoma

Vacunación: Persona residente vacunada Persona residente no vacunada

Identificación del acompañante:

Condición del acompañante: familiar, allegado, persona de referencia:

Motivo de la salida: paseo consulta sanitaria motivo ineludible Circunstancias excepcionales.

Identificación del profesional que proporciona la información y la declaración responsable:

1. Declaro que he sido informado de los riesgos de contagio, de las medidas de prevención e higiene, de la situación del centro a nivel sanitario y epidemiológico y de la facultad de la entidad de acción social a suspender temporalmente mi acompañamiento por no observar las medidas preventivas y de higiene.

2. Vacunación:

En caso de acompañamiento a persona residente vacunada: *me comprometo a no entrar en domicilios particulares, espacios cerrados de hostelería u otros lugares donde pueda producirse aglomeraciones (centros comerciales o similares), así como a respetar las normas de movilidad segura durante el transporte, mientras dure el acompañamiento.*

En caso de acompañamiento a persona residente no vacunada: *me comprometo a cumplir que la duración del paseo sea de una duración máxima de 60 minutos y a una distancia no superior de un kilómetro con respecto al domicilio de la residencia, así como a no entrar en domicilios particulares, espacios cerrados de hostelería u otros lugares donde pueda producirse aglomeraciones (centros comerciales o similares), mientras dure el acompañamiento.*

3. Me comprometo a cumplir las medidas de prevención e higiene.

4. Declaro que la persona residente no se ha opuesto al acompañamiento en las condiciones establecidas.

5. He contado con el tiempo suficiente y la oportunidad para realizar preguntas. Todas las dudas fueron respondidas a mi entera satisfacción.

6. Declaro bajo mi responsabilidad que no presento cuadro compatible con la infección, ni he estado en contacto estrecho con caso posible o confirmado por infección producida por coronavirus. Me encuentro asintomático en el momento actual, quedando enterada/o, además, de la obligación de comunicar a la Residencia de origen cualquier variación que pudiera producirse.

7. El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria.

Firmo por duplicado, quedándome con una copia.

Fecha:

Firma del acompañante:

Fecha:

Firma de la persona residente o representante:

“Hacemos constar que hemos informado de los riesgos de contagio de coronavirus, de las medidas de prevención e higiene indicadas y de la situación del centro de destino a nivel sanitario y epidemiológico.

Esta persona otorga su consentimiento por medio de su firma fechada en este documento”.

Fecha:

Firma del profesional informante:

(ESTE DOCUMENTO, UNA VEZ CUMPLIMENTADO, SE DEBE APORTAR A LA RESIDENCIA)

**ANEXO X
SISTEMA DE INFORMACIÓN DESTINADO A CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES
ESPECIALIZADOS.**

1. INFORMACIÓN GENERAL Y ESTRUCTURAL.

Identificación del centro, nombre, tipo de centro, código, titularidad, responsable, dirección, datos de contacto postal y electrónico.

Información relativa a la capacidad autorizada del centro, número de plazas, instalaciones y habitaciones según su uso.

Información relativa a los recursos sanitarios asociados y referentes en la administración.

2. INFORMACIÓN SEGUIMIENTO.

a) ESTADO DE LOS RESIDENTES.

Datos numéricos de la ocupación en relación con el número total de residentes, y de aquellos que se encuentren en cada una de las circunstancias establecidas por las clasificaciones determinadas según la situación epidemiológica, desde residentes sin síntomas, en aislamiento, con síntomas, casos confirmados o recuperados.

Datos numéricos de los residentes trasladados bien a un hospital, domicilio, otra residencia u otro dispositivo especial.

Datos numéricos de los residentes fallecidos en la residencia, dispositivos especiales de cuidados COVID-19 como en el hospital diferenciados según la clasificación previamente establecida.

b) ESTADO DE LOS TRABAJADORES.

Datos numéricos de la dotación de personal total de atención directa a residentes, trabajadores de servicios generales y otros profesionales.

Datos numéricos de aquellos que han desarrollado síntomas, se encuentran de baja, son sustituidos o han fallecido.

c) ESTRUCTURA.

Datos numéricos de las camas disponibles según su situación de individual o uso doble.

3. INFORMACIÓN REGISTRO Y SEGUIMIENTO CASOS

Formulario con la información para identificar los casos sospechosos y confirmados tanto de residentes como trabajadores y poder realizar el seguimiento tanto epidemiológico como el seguimiento clínico esencial (síntomas, evolución, resultados pruebas, traslados, fallecimiento, recuperación, etc.).