

# **CLUB SANTAFESINO - NATATORIO**

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ASISTENCIA AL NATATORIO EN CONTEXTO DE COVID -19 PARA MAYORES DE 60 AÑOS.**

La actividad de Natación en el contexto de la Pandemia COVID 19 adopta características particulares que usted debe conocer.

He sido informada/o que el Natatorio del C.R.S, al que concurriré ha tomado todas las precauciones de bioseguridad dispuestas por las autoridades sanitarias nacionales y provinciales. Han extremado todas las medidas de limpieza en espacios físicos de espera y atención incluyendo equipamiento, insumos y mobiliario. Los Profesores, Guardavidas y empleados Administrativos utilizan equipos de protección personal aconsejados por autoridades de salud.

He sido informada/o que debo concurrir a la actividad respetando todas las normas de bioseguridad recomendadas: \*guardar la distancia interpersonal mínima de 1,5 metros; \*utilización de barbijo durante todo el tiempo, excepto al ingresar al agua; \*utilización de alcohol en gel o lavado minucioso de manos antes y después de la actividad; \*respeto estricto de horario de ingreso de su turno asignado; \*retiro del establecimiento ni bien concluye su actividad.

Soy consciente que a pesar de estas rigurosas precauciones, no se puede asegurar con certeza que no existe la posibilidad de contagio.

Declaro que en los últimos 14 días no he estado en contacto con personas que hayan presentado síntomas como fiebre, dolor de garganta, dificultad respiratoria, dolor abdominal, diarrea, conjuntivitis, alteraciones del gusto y/o del olfato en el mismo período de tiempo.

Declaro que en los últimos 14 días no he presentado síntomas como fiebre (superior a 37.5°), dolor de garganta, dificultad respiratoria, dolor abdominal, diarrea, conjuntivitis, alteraciones del gusto y/o del olfato en el mismo período de tiempo.

Así mismo declaro no haber padecido en las 72 horas previas al ingreso al club: fiebre, dolor de garganta, escalofríos, dificultad respiratoria, alteración del olfato o el gusto.

No podrán ingresar personas que se encuentren en tratamiento oncológico en los últimos 6 meses, personas en tratamiento con inmunosupresores, personas con antecedentes de enfermedades respiratorias como ser asma severo, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), bronquitis crónica o personas portadoras de insuficiencia renal crónica.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el personal administrativo me ha facilitado las vías de comunicación para realizar todas las consultas e inquietudes que me hayan surgido antes de firmar este consentimiento, aclarádome así, todas las dudas que le he planteado.

Adjunto certificado médico que prescribe la práctica de natación.

.....  
Firma, Aclaración y DNI del Asistente  
Neuquén, ...../..... /2020.

APTO PARA LA PRÁCTICA DE NATACIÓN.-  
Firma y sello del médico.

OBSERVACIONES:.....  
.....