

  UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SANTO DOMINGO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA DE BIOANÁLISIS PRIMADA DE AMÉRICA * Fundada el 28 de octubre de 1538	ACUERDO/CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PERMANECER VOLUNTARIO EN LAS ROTACIONES DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL SUPERVISADAS (PPS)	Código: PPS-CI-004
		Versión : 1
		Elaborada: Coordinación
		Revisada: Dirección
		Pag.1-1

Al decidir voluntariamente retornar a las rotaciones de la Práctica Profesional Supervisada (PPS) de la Escuela de Bioanálisis, de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD).

Entiendo y acepto lo siguiente:

1. Conozco la situación sanitaria actual y los riesgos de adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa durante la realización de prácticas en el centro de salud.
2. Durante mi rotación en centro de salud si me tocara asistir, no iré a las áreas de exposición directa al COVID-19 tales como: Emergencia, Triage, Unidad de Cuidados Intensivos y cualquier otra área destinada para estos fines.
3. Que he sido debidamente entrenado en el manejo apropiado del equipo de protección personal (EPP) al colocarlo y removerlo.
4. Que en todo momento usaré equipo de protección personal (EPP).
5. Que estoy en el periodo de formación para ser Licenciado/a en Bioanálisis y no soy empleado del centro de salud por donde estoy rotando.
6. Que siempre estaré supervisado por un profesional del área de la salud.
7. Que la universidad tiene evidencia de que estaré cubierto (a) por un seguro médico durante el tiempo de la rotación y que mi récord de inmunizaciones se encuentra al día.

Al firmar, acepto que he leído y entendido la información proporcionada acerca de la permanencia voluntaria en la rotación del PPS y le doy permiso al centro de salud afiliado compartir con la Escuela de Bioanálisis de la UASD información referente a mi ejecutoria durante la rotación.

Entiendo que el beneficio de permanecer en la rotación es para la conclusión de mi carrera universitaria, poder obtener las destrezas, habilidades, conocimientos, así enfrentar con calidad los retos de los nuevos tiempos y mitigar los daños producidos por la pandemia del COVID19 proporcionando el cuidado de más alta calidad a los pacientes con profesionalismo y humanismo.

Este documento tiene vigencia en el término de la Rotación del PPS _____

Nombre del estudiante _____ Firma _____
 Cédula _____ Matrícula _____ Fecha _____
 ARS (Afiliado) _____ # de Seguro _____ Ciclo _____

 Firma y Fecha Testigo

 Firma y Fecha Directora/Coordinadora