

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE AGRICULTURA
VICERRECTORIA DE VIDA ESTUDIANTIL
DIRECCIÓN DE DESARROLLO ESTUDIANTIL
UNIDAD DE BIENESTAR Y SALUD**

CONSENTIMIENTO INFORMADO SOBRE COVID 19

Por este medio y en pleno uso de mis facultades, Yo: _____, Jefe de familia (padre, madre o tutor legal) de _____ Estudiante de la carrera _____ en la Universidad Nacional de Agricultura, con DNI: _____ y Registro Estudiantil _____ de constancia que, en esta fecha, he sido ampliamente informado en términos claros y sencillos por el personal de salud de la Clínica Médica Universitaria en representación de la Institución sobre los riesgos reales de contagio que representa para mi hijo (a) arriba mencionado, la enfermedad por COVID 19 y las distintas variantes del virus que la causa al retornar a la Universidad.

Me han explicado de manera amplia y suficiente y he comprendido el curso natural de la enfermedad por COVID 19 y sus potenciales complicaciones. Así como la necesidad de **dotar de los insumos básicos de bioseguridad** para uso personal durante su estancia en el campus universitario (alcohol gel al 70%, mascarillas).

Se me ha explicado y he comprendido que las únicas medidas efectivas para mitigar el riesgo de contagio y contribuir a evitar la propagación del virus son: **Esquema completo de Vacunación (cuatro dosis a la fecha siempre que hayan pasado 4 meses después de su tercera dosis)**, y mantener el distanciamiento social, la higiene de manos con agua y jabón durante al menos 20 segundos o el uso de alcohol gel al 70%, uso de mascarilla y protección ocular.

Soy consciente y reconozco que mi hijo (a) podría ser un portador asintomático debido al repunte en el número de casos que en las últimas semanas han sido registrados en el país, siendo que la Institución no cuenta actualmente con el medio diagnóstico confirmatorio (RT-PCR) para descartar la presencia del virus en su cuerpo y continúa sin haber en el mundo tratamiento específico para la enfermedad por COVID 19 aprobado y/o recomendado por la Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS). Por tanto, apruebo que la Universidad Nacional de Agricultura de acuerdo con la complejidad de los servicios médicos que brinda, aplique los medios diagnósticos que tenga disponibles, así como el como un manejo inicial (de acuerdo con los lineamientos de la Secretaría de Salud), hasta su traslado por mi cuenta y en vehículo hacia un establecimiento de mayor complejidad para su adecuado manejo y tratamiento.

He sido informado de manera amplia y específica por parte del personal de salud de la Clínica Médica Universitaria de la UNAG sobre el riesgo latente de contagio por el SAR-Cov-2 por lo cual mi hijo (a), debe cumplir estrictamente con las instrucciones que le han brindado personalmente y que se encuentran plasmadas en este documento y en los distintos protocolos de bioseguridad que la institución ha establecido e implementado con el fin de salvaguardar su vida y demás miembros de la comunidad universitaria.

Doy fe de no haber omitido o alterado datos sobre los antecedentes patológicos personales y familiares, ni sobre la historia de antecedentes hospitalarios, quirúrgicos y/o traumáticos de mi hijo (a) que se recogen en los formularios electrónicos de Pre evaluación médica.

Autorizo como parte de esta evaluación médica, fotografías o digitalización de este expediente en caso de presentar sintomatología sospechosa de COVID 19 y poner en conocimiento de la autoridad sanitaria correspondiente. Así mismo, exonero de responsabilidad Médico Legal al personal de salud de la Clínica Médica Universitaria y autoridades de la UNAG por complicaciones en la salud de mi hijo (a) que sean producto fundamentalmente de la COVID, y exijo que se me informe de inmediato en caso de que resultase sospechoso por esta enfermedad, para personalmente trasladarlo (a) en vehículo particular hacia su domicilio.

Dado en la ciudad de _____, a los _____ días del mes de _____ 2023.

Firma o huella del jefe de familia

Firma del Estudiante

Cc. Expediente