

**Declaración Jurada del Profesional**

El/La que suscribe, Licenciado/a en Psicología  
....., D.N.I. N°  
....., M.P. ...., domiciliado/a en  
.....  
,y con domicilio profesional  
en.....

DECLARO BAJO JURAMENTO que conozco, cumpla y hago  
cumplir las normas y procedimientos higiénicos preventivos  
establecidos por la normativa sanitaria de la Provincia de  
Buenos Aires y la del Gobierno Nacional para evitar y  
minimizar el riesgo de contagio de Covid-19 en la atención  
presencial de usuarios en el contexto del  
Aislamiento/Distanciamiento Social Administrado.

En la ciudad de ....., a los ..... días del mes de  
..... del año 2021.

Firma y sello del profesional

**Consentimiento Informado**

El/la que suscribe ..... , D.N.I. Nº.....domiciliado/a,en.....

DECLARO BAJO JURAMENTO conocer y respetar las disposiciones y medidas preventivas de contagio de Covid-19, por la atención presencial en el contexto del Aislamiento/Distanciamiento Social Administrado, asumiendo los riesgos del encuentro presencial con el profesional que me asiste.

Asimismo declaro que el profesional psicólogo tratante, Lic. ....,Matricula nº..... me ha explicado que los grupos de riesgo de Covid-19 son: Personas mayores de 60 años de edad; embarazadas; personas que padecen una enfermedad respiratoria crónica (enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC], enfisema congénito, displasia broncopulmonar, bronquiectasias, fibrosis quística y asma severo); personas con enfermedades cardíacas (insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria, valvulopatías y cardiopatías congénitas); personas con inmunodeficiencias; personas con diabetes tipo I (insulinodependiente); y personas con insuficiencia renal crónica (o con expectativas de ingresar a diálisis en los siguientes seis meses).

También se me ha advertido que debo concurrir a la entrevista con barbijo o cubreboca, respetando los dos metros de distancia con el profesional; y que en caso de presentar síntomas compatibles con Covid-19, como son la fiebre (más de 37,5º), tos, dolor de garganta, dificultad para respirar, anosmia (pérdida del sentido del olfato) y/o disgeusia (pérdida del sentido del gusto) no debo asistir al turno programado.

CONSIDERANDO LO ARRIBA DESCRIPTO, DOY MI CONSENTIMIENTO A RECIBIR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DEL LIC.

.....  
En la ciudad de..... a los ..... días del mes de ..... del año 2021.

.....  
FIRMA, ACLARACIÓN Y DNI DEL USUARIO