

**COVID-19KO PANDEMIAN
OSPITALERATUTAKO PERTSONEI
LAGUNTZEKO BAIMENA**

**AUTORIZACIÓN PARA EL
ACOMPAÑAMIENTO DE PERSONAS
HOSPITALIZADAS DURANTE LA PANDEMIA
DE COVID-19**

OSPITALERATUTAKO PERTSONAREN DATUAK:

DATOS DE LA PERSONA HOSPITALIZADA:

LAGUNTZAILEAREN DATUAK:

DATOS DE PERSONA ACOMPAÑANTE:

Izen-abizenak:

Nombre y apellidos:

NAN/AIZ/Pasaportea:

DNI/NIE/Pasaporte:

**Honako konpromiso hauek hartzen ditut
laguntzaile gisa baimendua izateko:**

**Adquiero los siguientes compromisos para
poder ser autorizado como acompañante:**

- ✓ **Laguntza-aldiaren aurreko 14 egunetan sintomarik gabe egon izana.**
- ✓ **Pazientea eta beste pertsona batzuk infekziotik babesteko ematen zaizkidan jarraibide guztiak betetzea.**
- ✓ **Solairu edo unitatearen funtzionamendura egokitzea, adierazitako arauak betez (ordutegiak, zirkulazioa, portaera, etab.).**

- ✓ **Haber estado asintomático/a durante los 14 días anteriores a cada acompañamiento.**
- ✓ **Cumplir todas las indicaciones que se me den para proteger al paciente de contraer infección, así como a terceras personas.**
- ✓ **Adaptarme al funcionamiento de la planta o unidad, cumpliendo las reglas que se me indiquen (horarios, circulación, comportamiento, etc.).**

Laguntzailearen sinadura:

Firma del acompañante:

**Laguntza baimentzen duen profesionala
(Fakultatiboa/Erizaina) (izena, abizenak,
NAN)**

**Profesional (Facultativo/Enfermera) que
autoriza el acompañamiento (Nombre,
apellidos, DNI)**

.....n, 2020ko.....aren.....(e)an

En....., a.....de.....de 2020