

a) INFORMACIÓN.

La Práctica Clínica de la Tecnología en Radiología e Imágenes Diagnósticas, representa una actividad curricular equivalente a 192 horas por cada nivel de práctica, que tiene como propósito ubicar al estudiante en su medio laboral y enfrentarlo a situaciones reales que requerirán la aplicación de los conocimientos teóricos, técnico-científicos y metodológicos adquiridos durante su proceso de formación, con el fin de analizar, elaborar y proponer alternativas de solución a un determinado problema, favoreciendo el desarrollo de su capacidad creativa y competencias a nivel disciplinar.

La Escuela de Ciencias de la salud, a través del Acuerdo No. 059 DEL 12 DE JUNIO DE 2019, actualizó el "**Reglamento de Prácticas Formativas de la Escuela de Ciencias de la Salud**" y en su artículo 5, definió la obligatoriedad de la práctica como un requisito académico, por lo tanto, dicha práctica no es homologable, no se valida, no se convalida, ni se hace reconocimiento de saberes y competencias, pues debe el estudiante realizarla para adquirir los conocimientos prácticos propios del programa, en cuyo caso es la única opción para dar cumplimiento a los requisitos académicos establecidos.

El artículo 11, parágrafo 1, estableció que La Escuela de Ciencias de la Salud (ECISALUD), podrá vincular únicamente estudiantes a práctica formativa en las instituciones con las que se tiene un convenio suscrito, debidamente firmado y actualizado, así mismo el artículo 17, parágrafo 3, refiere que "**al matricular el curso de práctica formativa, el estudiante asume la responsabilidad de asistir al horario y al escenario de práctica que la Universidad le asigne**"

b) DECLARACIÓN, AUTORIZACIÓN Y FIRMAS.

En razón de lo anterior, yo, _____ identificado (a) con documento de identidad No. _____ actuando en nombre propio, declaro que desde el programa Tecnología en Radiología e Imágenes Diagnósticas, se me ha explicado de forma clara y precisa las condiciones e implicaciones para el desarrollo de la práctica clínica durante la pandemia por COVID-19, por lo cual debo atender a las medidas de bioseguridad decretadas no solo por el Gobierno Nacional y demás autoridades Locales (Gobernaciones, alcaldías, municipios, etc.), sino también aquellas decretadas por esta Universidad.

Por lo anterior, declaro lo siguiente:

SI _____ **NO** _____ estoy de acuerdo en reactivar o iniciar mis prácticas clínicas en tiempos de pandemia.

- Si la respuesta es **NO: (Colocar YO en el espacio)**

_____ Me comprometo a estar atento (a) a las comunicaciones emitidas por el Gobierno Nacional y demás autoridades Locales (Gobernaciones, alcaldías, municipios, etc.), respecto a la evolución de la pandemia en el país y lineamientos de la Universidad sobre el levantamiento de las medidas de aislamiento preventivas decretadas en cada caso.

- Si la respuesta es **SI: (Colocar SI en cada espacio)**

Yo, comprendo lo relacionado a continuación:

_____ Me comprometo a mantener mi afiliación al sistema de seguridad social en salud (EPS) activa durante el desarrollo de mi práctica clínica.

_____ Me comprometo a cumplir con las horas establecidas para el desarrollo de mi práctica, registrarlas y presentarlas al supervisor de la Universidad.

_____ Me comprometo a asistir a la re- inducción de prácticas clínicas y demás capacitaciones sobre el uso adecuado de elementos de protección personal para prevención de contagio COVID-19 durante el desarrollo de la práctica clínica.

_____ Me comprometo a hacer uso de los Elementos de Protección Personal que el escenario de práctica considere de acuerdo con los protocolos de bioseguridad.

_____ Garantizo que el carné de vacunas presentado al programa en el momento de la pre inscripción contiene información verídica. En caso de identificar inconsistencias o información no veraz relacionada con el esquema de vacunas, asumo las sanciones de ley que apliquen en la materia.

_____ Me comprometo a informar de manera oportuna cualquier novedad que altere el desarrollo normal de mi práctica a la Universidad y sitio de práctica.

_____ Me comprometo a informar de manera oportuna cualquier novedad en mi salud, en caso de adquirir el COVID -19, entendiendo que el riesgo de contagio no necesariamente está vinculado con mi ejercicio en la práctica clínica.

En virtud de lo dispuesto en la ley 1581 de 2012, autorizo de manera libre, previa y voluntaria el uso y tratamiento de mis datos personales con fines de recolección de información para actividad de reactivación de prácticas clínicas del programa Tecnología en Radiología e Imágenes Diagnósticas, ECISALUD de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD.

Cualquier inquietud respecto a este documento o el desarrollo de la práctica clínica la podré comunicar a practicas.radiologia@unad.edu.co.

El anterior consentimiento se firma en la ciudad de _____ a los ____ días del mes _____ del año _____.



**ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE TECNOLOGÍA EN RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ASISTENCIA *IN SITU*, A PRÁCTICAS
CLÍNICAS DURANTE LA CONTINGENCIA POR PANDEMIA COVID-19**

Nombres y Apellidos: _____

Documento de identidad: _____

Firma: _____

Dirección: _____

Correo Electrónico: _____