



MENDOZA, **18 NOV 2020**

VISTO:

Las medidas tomadas por la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Cuyo, ante el avance de la pandemia COVID 19, y atento a las recomendaciones del Gobierno Nacional, Provincial, CIN y Rectorado, y el **EXP-CUY N° 5854/2020** referido al retorno presencial en la Facultad de Odontología, y;

CONSIDERANDO:

Que mediante la Resolución N° 135/2020 de este Cuerpo se autorizó el retorno paulatino, gradual, selectivo y voluntario para desarrollar actividades asistenciales en diferentes áreas;

Que para ello, Decanato eleva la solicitud de **declarar actividades esenciales** a diferentes áreas administrativas, académicas y asistenciales;

Por ello, lo aprobado en su **sesión por videoconferencia** de fecha 10 de noviembre en curso y en uso de sus atribuciones;

EL CONSEJO DIRECTIVO de la FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
RESUELVE:

ARTICULO 1°.- Declarar como **actividades esenciales** de la Facultad de Odontología para el retorno gradual y progresivo, a las siguientes áreas:

- Suministros
- Dpto. de Mantenimiento y Producción
- Dpto. de Servicios Generales
- Movilidad
- Servicio de Historias Clínicas
- Secretaría Privada
- Servicio de Guardia y Derivación de Pacientes
- Servicio de Imagen Diagnóstica
- Aranceles
- Servicio de Esterilización
- Dpto. de Sistemas y Comunicaciones
- Unidad de Admisión
- Actividades de Enseñanza, Docencia y Asistenciales

ARTICULO 2°.- De forma (digital).

ARTICULO 3°.- Comuníquese e insértese en el libro de Resoluciones del Consejo Directivo

RESOLUCION N° 152

AL.

Mgter. Ma. Alejandra LOPEZ
Directora Gral. de Administración

Prof. Esp Patricia ECHAGARAY
Secretaria Académica

Dra. Ma. Del C. Patricia DI NASSO
Decana



ANEXO I - RES. N° 135/2020 CD.

REQUISITOS PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES:

- 1- Respeto estricto del Protocolo General de la Facultad de Odontología aprobado mediante Resolución N° 124/2020 CD.
- 2- Realizar las capacitaciones previstas para cada sector
- 3- Realizar el triage obligatorio antes del ingreso al edificio
- 4- Cabello recogido, sin aros, bijouterie ni reloj
- 5- Sin barba
- 6- Uso obligatorio de los Elementos de Protección Personal (E.P.P.), los cuales serán provistos por la Facultad de Odontología al Personal Docente y de Apoyo Académico, acorde a las tareas de cada uno.
- 7- Completar y firmar el formulario de presencialidad voluntaria y Declaración Jurada de Salud
- 8- Ingreso escalonado:
 - PAA: a las 7:30
 - Alumnos: a las 8:00
 - Docentes: a las 8:30
 - Pacientes a las 9:00
- 9- Organización de las actividades mediante burbujas integradas por 7 alumnos y 2 docentes, de lunes a viernes, de 9:00 a 12:00 (la integración de las burbujas será variable conforme con los aforos de los espacios a utilizar), cuyo control y validación de circuitos estará a cargo de los Directores de las respectivas Carreras y de la Comisión Asesora Permanente de Bioseguridad del Consejo Directivo.

Mgter. Ma. Alejandra LOPEZ
Directora Gral. de Administración

Prof. Esp Patricia ECHAGARAY
Secretaria Académica

Dra. Ma. Del C. Patricia DI NASSO
Decana



ANEXO II - RES. N° 135/2020 CD.

CONSENTIMIENTO PARA LA PRESENCIALIDAD VOLUNTARIA

--- El/la que suscribe, declaro aceptar los términos de la Resolución N° 135/2020 CD, para cualquiera de las actividades académicas, asistenciales, administrativas o técnicas que se desarrollen en la Carrera de Grado, Tecnicaturas, Carrera de Posgrado, Diplomaturas y/o Cursos de Posgrado de la FACULTAD DE ODONTOLOGIA UNCuyo, y en virtud de la Resolución N° 135/2020 C.D., acepto realizar Actividades Administrativas, de servicios generales, técnicas/mantenimiento; Prácticas Clínicas, Clases teóricas, Prácticos o Talleres presenciales, entendiendo que la modalidad es **optativa y voluntaria** en el marco del funcionamiento actual de la Facultad de Odontología UNCuyo, Asimismo **DECLARO BAJO JURAMENTO** lo siguiente: -----

-Tener pleno conocimiento de la pandemia de COVID-19 decretada por la Organización Mundial de la Salud en marzo del 2020, de la situación sanitaria y epidemiológica actual, y de los riesgos asociados con la realización de procedimientos asistenciales. -----

-Haber cumplido con las capacitaciones referidas a bioseguridad y protocolo general de la Facultad de Odontología establecidas por la Resolución N° 124/2020 CD. -----

-Prestar conformidad para la realización de estudios serológicos para determinar la exposición al COVID-19 durante el desarrollo de las actividades asistenciales. -----

--- Declaro **bajo juramento** que los datos consignados en la presente **Declaración Jurada** son verídicos, aceptando los riegos y responsabilidades pertinentes: -----

Nombre y Apellido:

Marque con una X:

Alumno: Pregrado ☐ Grado ☐ Posgrado ☐

Docente: Pregrado ☐ Grado ☐ Posgrado ☐

Personal de Apoyo Académico: ☐ Profesional de Servicios (Guardia, SID, etc.): ☐

Documento N°:

Domicilio:

Mail:

Teléfono Celular: **Tel. Fijo:**

Mgter. Ma. Alejandra LOPEZ
Directora Gral. de Administración

Prof. Esp Patricia ECHAGARAY
Secretaria Académica

.....
Firma

Dra. Ma. Del C. Patricia DI NASSO
Decana



DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

FECHA:..... /..... /2020.

APELLIDO y NOMBRE:

DNI:..... FECHA de NACIMIENTO:

DOMICILIO:

Tel.Fijo/Celular:..... Correo Electrónico:

LEGAJO:..... PUESTO de TRABAJO:

TEL de CONTACTO/EMERGENCIA:..... COBERTURA MÉDICA:

MARQUE LA RESPUESTA CORRECTA

1. ¿Estuvo en los últimos 14 días fuera de la Provincia de Mendoza?

SI ☐ No ☐

2. ¿Estuvo en contacto con personas que hayan regresado a la Provincia de Mendoza en los últimos 14 días por haber estado afuera de la misma?

SI ☐ No ☐

3. En caso afirmativo, detalle la siguiente información:

Detalle las ciudades / países que visitó:

Fecha de finalización de viaje por el último lugar visitado:

Si su vuelo hizo escalas, indicar en qué lugares:

¿Ha estado en contacto con personas con un diagnóstico confirmado de COVID19 en los últimos 14 días?

SI ☐ No ☐

En caso afirmativo, cuándo:

4. ¿Usted o alguna persona de su grupo conviviente o persona de trato frecuente, presentó en los últimos 14 días fiebre (igual o mayor a 37,5°C) y alguno de los siguientes síntomas como: tos, dolor de garganta y/o dificultad respiratoria, diarrea, anosmia (dificultad en el olfato)

SI ☐ No ☐

5. Qué medio de transporte usa para llegar al puesto de trabajo?

Declaro bajo juramento que a la fecha no presento ninguno de estos síntomas: fiebre (mayor/igual a 37,5°C) y alguno de los siguientes síntomas: tos, dolor de garganta y/o dificultad respiratoria, diarrea, anosmia (dificultad en el olfato).

Declaro bajo juramento conocer y comprender las obligaciones de aislamiento impuestas por las autoridades de la República Argentina, y la normativa de la Provincia de Mendoza, bajo apercibimiento de recibir las sanciones legalmente dispuestas para el caso de falsedad de mi declaración y/o incumplimiento de las medidas dispuestas.

FIRMA Y ACLARACIÓN:

Esta planilla contiene información CONFIDENCIAL sometida a secreto médico. Su divulgación está prohibida por la Ley

Mgter. Ma. Alejandra LOPEZ
Directora Gral. de Administración

Prof. Esp. Patricia ECHAGARAY
Secretaria Académica

Dra. Ma. Del C. Patricia DI NASSO
Decana