



Apellido1	<input type="text"/>	Apellido 2	<input type="text"/>
Nombre	<input type="text"/>	Núm. doc. id.	<input type="text"/>
Tutor/tutora de:	<input type="text"/>		

DECLARO:

1. Que cumplo alguna de las condiciones clínicas en las que no es exigible usar mascarilla,¹ de conformidad con el artículo 6.2 del Ley 2/2021, de 29 de marzo, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.²
2. Que estoy informado/informada de que incumplir esta norma supone un riesgo para mi salud y para la de mis conciudadanos y que debo extremar las medidas de precaución, concretamente las siguientes:
 - Guardar la distancia de seguridad de, al menos, un metro y medio.
 - Mantener escrupulosamente la higiene de las manos.
 - Evitar las reuniones y los lugares donde confluyan personas no convivientes, incluso guardando la distancia de seguridad.

¹ Consenso de expertos del Servicio de Salud de las Islas Baleares, adaptado de las recomendaciones del Minnesota Department of Health
www.health.state.mn.us/facilities/patientsafety/infectioncontrol/rpp/comp/evaluation.html

Estas son las situaciones clínicas que pueden contraindicar de manera excepcional el uso de mascarilla:

- Patología pulmonar grave (asma grave, EPOC grave, patología intersticial, insuficiencia respiratoria crónica, entre otras).
- Patología cardíaca grave (con disnea de grado 3-4 según la escala NYHA).
- Alteraciones faciales importantes que impidan ajustarse bien la mascarilla.
- Trastornos del neurodesarrollo asociados a alteraciones conductuales.
- Deterioro cognitivo.
- Trastorno mental grave.
- Alguna condición clínica grave no recogida en los puntos anteriores y para la que un facultativo haya desaconsejado expresamente el uso de mascarilla, dejando constancia de la contraindicación por escrito en la historia clínica.

² Resolución de la consejera de Salud y Consumo de 13 de julio de 2020 por la que se modifican medidas concretas del Plan de Medidas Excepcionales de Prevención, Contención y Coordinación para Hacer Frente a la Crisis Sanitaria Ocasionada por la COVID-19, una vez superada la fase 3 del Plan para la Transición hacia una Nueva Normalidad (BOIB núm. 112, de 20/06/2020).

3. Que soy consciente de las responsabilidades que podrían exigírseme por la inexactitud de la declaración y de que es posible que las autoridades requieran que un facultativo refrende la veracidad de esta declaración.

Lugar y fecha

..... , de de 2021

[rúbrica]

Cláusula sobre protección de los datos personales

Este formulario no implica la recogida ni el tratamiento de datos personales por parte del Servicio de Salud de las Islas Balears.