

ACTA DE COMPROMISO PARA GUARADAR CUARENTENA EN MI DOMICILIO DENTRO DE LA EMERGENCIA DE COVID-19 EN HONDURAS

Por este medio y en pleno uso de sus facultades yo: _____ con Tarjeta de identidad No. _____ residente en _____ del departamento de _____ con domicilio exacto _____

hago constar que en esta fecha he recibido instrucciones de parte de _____ en representación de la Secretaria de Salud para que pueda continuar con mi cuarentena en mi domicilio en el marco de la pandemia COVID19 que en Honduras llevamos a cabo con toque de queda absoluto.

Así mismo reconozco que el personal de salud me ha hecho saber que la Constitución de la Republica establece que el ARTICULO145.- Se reconoce el derecho a la protección de la salud. El deber de todos participar en la promoción y preservación de la salud personal y de la comunidad.

Por lo anterior, estoy consciente que debo de cumplir con las instrucciones que se me han brindado personalmente y que se encuentran plasmadas en el presente documento como ser: mantener el distanciamiento social y las medidas de higiene (las cuales se encuentran especificadas en el documento adjunto, ATENCIÓN EN EL DOMICILIO A PACIENTES SOSPECHOSOS Y CONFIRMADOS POR COVID-19, (paginas de la 4 a 5) que corresponde para poder contribuir a evitar la propagación del COVID19 y protegerme a mi mismo y a los ciudadano y seres queridos. Estoy asimismo reconociendo que las medidas que se han tomado a la fecha han sido para salvaguardar mi vida, de mis seres queridos y las de mis compatriotas, si infrinjo esta acta de compromiso estoy consciente que incurriré en los delitos contenidos en el Código Penal ARTICULO 180. **A quien dolosamente propagare una enfermedad peligrosa o causare una epidemia mediante la difusión de gérmenes patógenos, se impondrá reclusión de tres a seis años.** ARTICULO 184. **Si los delitos configurados en los cuatro artículos precedentes resultare la muerte de alguna persona, se sancionará al responsable con la pena del homicidio simple o la del homicidio calificado, según las circunstancias concurrentes en el hecho.** ARTICULO 186. **Será penado con reclusión de seis meses a dos años quien infrinja las medidas adoptadas por la autoridad sanitaria con el fin de impedir la introducción o aumentará en una cuarta parte cuando el autor fuere funcionario o empleado de sanidad médico, farmacéutico u odontólogo, o ejerciere alguna de las actividades auxiliares de estas profesiones.** ARTICULO 191. **Los delitos contra la salud pública que se cometieren en forma culposa, se sancionará con la pena correspondiente disminuida en dos tercios.** y delito de DESOBEDIENCIA contenido en ARTICULO 346. **Quien desobedezca a una autoridad negándose abiertamente a dar el debido cumplimiento a sentencias, resoluciones u ordenes dictadas dentro de los límites de su competencia y revestidas de las formalidades legales, será penado con reclusión de una (1) a tres (3) años.** Todos del Código Penal Vigente.- Estoy consciente que cumpliré esta cuarentena hasta que las autoridades decidan lo contrario, y en caso de incumplir la misma la autoridad sanitaria correspondiente pondrá en conocimiento de las autoridades del Ministerio Público, para que estos ejerciten la acción penal pública y que las autoridades de Salud me sometan a Cuarentena en el centro sanitario correspondiente.

Lugar: _____ Fecha y hora de terminación de la cuarentena _____

Fecha de Frima: _____

Firma y huella digital del Ciudadano que va a autoaislamiento

Firma del responsable del Albergue

Firma del Jefe (a) de la Region Sanitaria Correspondiente