JUNTA DE ANDALUCIA

CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS
Dirección General de Salud Pública y Participación

Delegación Provincial de MÁLAGA

ACTA DE INSPECCIÓN SANITARIA **N.º** 40583

Hora: 12:30 **Fecha:** 29/04/21 **T. Municipal:** MÁLAGA

1.- DATOS DEL/DE LA INSPECTOR/A
Apellidos y Nombre [redacted]
Cargo [redacted] D.N.I./N.I.F.

2.- DATOS DEL/DE LA INSPECCIONADO/A Y DEL/DE LA TESTIGO (1)
Apellidos y Nombre (persona que presenciala inspección) [redacted]
Cargo que ocupa en el establecimiento DIRECTORA D.N.I./N.I. [redacted]
Apellidos y Nombre del/de la testigo
Domicilio

3.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO
Actividad RESIDENCIA Nombre del establecimiento ORPEA LIMONAR
Domicilio: calle, plaza o avda. y nº C/ LA ERA, S/N C.P. 29016
Localidad MÁLAGA Provincia MÁLAGA Teléfono 952061980 Fax
Apellidos y Nombre/Razón Social del/de la propietario/a SANYRES SUR SLU D.N.I./N.I.F. B-14601413

4.- RESEÑA DE LOS HECHOS

MOTIVOS DE LA INSPECCIÓN: [X] ORDINARIA [ ] EXTRAORDINARIA

HECHOS

SE GIRA VISITA DE INSPECCIÓN CONFORME AL PROGRAMA DE CONTROL DE RESIDENCIAS DE MAYORES DE ANDALUCÍA, COMO SEGUIMIENTO A VISITA CON FECHA 6/4 (ACTA 40559). EN EL MOMENTO DE LA VISITA HAY DOS NUEVOS INGRESOS PROCEDEN DE DOMICILIO Y VIENEN CON PAUTA VACUNAL COMPLETA, TAMBIÉN HAN REGRESADO AL CENTRO LOS DOS RESIDENTES HOSPITALIZADOS POR CAUSA AJENA A COVID (ESTOS FUERON DEBIDAMENTE AISLADOS). NINGÚN RESIDENTE SE ENCUENTRA EN EL DÍA DE LA VISITA EN AISLAMIENTO.

SE RECOMIENDA COMPLETAR COMPROMISO/DECLARACIÓN DE LOS FAMILIARES EN VISITAS/SALIDAS PARA INFORMAR A RESIDENCIA EN CASO DE SÍNTOMAS EN 14 DÍAS POSTERIORES A DICHA VISITA/SALIDA. SIN DEFICIENCIAS EN MOMENTO DE LA VISITA.

5.- RECOGIDA DE MUESTRAS

[ ] NO [ ] SI, Nº DE MUESTRAS:

Nº	TIPO	LOCALIZACIÓN	EN PODER DEL INSPECCIONADO
			[ ] SI [ ] NO
			[ ] SI [ ] NO
			[ ] SI [ ] NO

(La toma de muestras se efectúa en la forma legalmente establecida, manifestando el/la inspeccionado/a su conformidad con el método y número de ejemplares recogidos. En el caso de que algún ejemplar/es de la/s muestra/s quede en poder del/de la inspeccionado/a, éste/a es responsable de su custodia y conservación para el posible análisis contradictorio, presumiéndose maliciosa su desaparición o deterioro).

6.- MANIFESTACIONES DEL/DE LA INSPECCIONADO/A

7.- LUGAR, FECHA Y FIRMA

En tes[redacted] acta por cuadriplicado, quedando una en poder del representante de la empresa firmándola en el lugar y fecha arriba indicado.

TESTIGOS EL/LA INSPECTOR/A

[redacted]

(1) Cumplimentar en caso de negarse el/la inspeccionado/a a intervenir en el acto.

EJEMPLAR PARA PROCEDIMIENTO

D70133