



Nº 23387 / LE

En Carrillo de S. Pelayo provincia de Leon a las 13:00 horas del día 01/06/22.
D. [redacted] y D. [redacted]
Técnico/s de Salud Pública, se persona/n en el establecimiento dedicado a la actividad de Residencia de Ancianos.
con razón social NEUROCARE HOME LEÓN S.L. CI Real nº 28
cuyo titular es D. NEUROCARE HOME LEÓN S.L. con DNI/CIF Nº B42887893.
y en presencia de D. [redacted] con DNI nº [redacted] en calidad de Directora.

le requiere/n para que facilite el servicio y, como consecuencia pone/n de manifiesto los siguientes hechos:
Personado e identificado al Agente de la Autoridad Sanitaria que reside en la Residencia con motivo de haber comunicado la modificación de la plantilla de los profesionales Sanitarios, aportando la documentación de [redacted], como graduada en medicina, y la de D. [redacted], como licenciada en Farmacia, responsable del Depósito de Medicamentos.

- El depósito de medicamentos cumple con la legislación, se registra la Tª, los medicamentos estupefacientes están bajo llave y se hace el S.P.D. con registro.
- Se comprueba la plantilla de los profesionales Sanitarios y se toma nota para adjuntarla al informe.
- La entidad titular del centro será responsable de cualquier actuación irregular que pueda derivarse de la falta de personal sanitario

El interesado o presente manifiesta:

Y en prueba de conformidad, se levanta este acta, se firma por los presentes, y se hace entrega de un ejemplar al interesado.

EL COMPARECIENTE,

EL/LOS TÉCNICOS DE SALUD PÚBLICA

[Redacted signature area for the interested party]

[Redacted signature area for the health technicians]





Nº 23386 / LE

En Casinillo de S. Pelayo provincia de Leon a las 12:30 horas del día 01/06/22.

D. [Redacted] y D. [Redacted]

Técnico/s de Salud Pública, se persona/n en el establecimiento dedicado a la actividad de Residencia de Ancianos

con razón social NEUROCARE HOME LEÓN S.L. CI Real nº 28

cuyo titular es D. NEUROCARE HOME LEÓN S.L. con DNI/CIF Nº B42887893

y en presencia de D. [Redacted] con DNI nº [Redacted] en calidad

de Directora. le requiere/n para que facilite el servicio y, como consecuencia pone/n de manifiesto los siguientes hechos:

Personado e Identificado el Agente de la Autoridad sanitaria fue visible, se procede a inspeccionar el cumplimiento de la Ley 28/2005 de 26 de diciembre, de la Ley 42/2010, de 30 de diciembre y el Decreto 54/2006, de 24 de agosto que la desarrolla y se adjunta cumplimentado el cuestionario para la inspección. Comprobándose:

- Que existen carteles con las características y técnicas y texto descrito en el Anexo III, del D. 54/2006.
- Los carteles están situados en lugares visible.
- No se observa el consumo de tabaco en ninguna de las dependencias.
- Existe una sala de un exviro para fumadores residenciales. Tiene ventilación natural y debe de poner o instalar la ventilación forzada.

El interesado o presente manifiesta:

Y en prueba de conformidad, se levanta este acta, se firma por los presentes, y se hace entrega de un ejemplar al interesado.

EL COMPARECIENTE,

EL/LOS TÉCNICOS DE SALUD PÚBLICA

[Redacted signature area]

[Redacted signature area]





Nº 23385 / LE

En Castiello de San Pelayo provincia de León a las 12:00 horas del día 01/06/22,

D. [Redacted] y D. [Redacted]

Técnico/s de Salud Pública, se persona/n en el establecimiento dedicado a la actividad de Residencia de Anzianos

con razón social NEUROCARE HOME LEÓN S.L y D. Real nº 28

cuyo titular es D. NEUROCARE HOME LEÓN S.L. con DNI/CIF nº B42 887 893.

y en presencia de D. [Redacted] con DNI nº [Redacted] en calidad

de Directora, le requiere/n para que facilite el servicio y, como consecuencia pone/n de manifiesto los siguientes hechos:

Personado e Identificado el Agente de la Autoridad Sanitaria que reside en la Residencia, se comprobaban las medidas preventivas y de control frente a la COVID-19 se comprobaban que:

- Existe gel a disposición del público.
- Se limpian los zapatos al entrar.
- Todas las personas que trabajan y los visitantes usan mascarilla.
- Ventilan con regularidad.

El interesado o presente manifiesta:

Y en prueba de conformidad, se levanta este acta, se firma por los presentes, y se hace entrega de un ejemplar al interesado.

EL COMPARECIENTE,

EL/LOS TÉCNICOS DE SALUD PÚBLICA

[Redacted signature area]

[Redacted signature area]