

DECLARACIÓN JURADA

1. DATOS PERSONALES

APELLIDO Y NOMBRE:

DNI:

EDAD

DOMICILIO COMPLETO

DEPARTAMENTO / LOCALIDAD

TELEFONO

MAIL

2. ¿HA VIAJADO FUERA DE LA PROVINCIA EN LOS ULTIMOS 21 DIAS?

SI:

LUGAR:.....

NO:

3. ¿HA PRESENTADO ALGUN SINTOMA EN LOS ULTIMOS 21 DIAS?

FIEBRE >37.5:

TOS SECA:

DOLOR DE GARGANTA:

DIFICULTAD PARA RESPIRAR:

FALTA DE OLFATO:

FALTA DEL GUSTO:

4. ¿HA ESTADO USTED EN CONTACTO CON CASO SOSPECHOSO O CONFIRMADO PARA COVID-19? SI

NO

5. ¿TRABAJA EN OTRA INSTITUCIÓN? SI

NO

INSTITUCION:.....

TAREA:.....

INSTITUCION:.....

TAREA:.....

INSTITUCION:.....

TAREA:.....

6. ¿PRESENTA USTED ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS DE SALUD?

HTA

CARDIOPATIA

EPOC

DIABETES

CANCER

OBESIDAD

ASMA

OBSERVACIONES:.....

Declaro bajo juramento de Ley que los datos consignados en el presente formulario son correctos y completos.