



<b>DJPEF-001</b>
Formulario
Vigencia: 21/08/2020

## DECLARACION JURADA PERSONAL

### 1. Datos personales

Apellido y Nombre:	
DNI	
Teléfono de contacto:	
Departamento / Area / Grupo	
Edad:	
Sexo:	

Lugar de Residencia – Dirección ACTUAL: \_\_\_\_\_

### 2. ¿Actualmente usted, algún miembro de su familia o persona con quien convive presenta alguno de estos síntomas? (marcar con una X lo que corresponda)

SÍNTOMAS	SI	NO
Fiebre (temperatura igual o mayor a 37.5 grados):		
Tos Seca o dolor de garganta:		
Resfrío / Conjuntivitis / pérdida de gusto u olfato:		
Fatiga / Cansancio:		
Diarrea:		
Falta de Aire /Dificultad respiratoria:		
Malestar General:		
Detalle síntomas / Observaciones / Comentarios:		



<b>DJPEF-001</b>
Formulario
Vigencia: 21/08/2020

--

**3. Otros ANTECEDENTES (marcar con X)**

¿Se registró algún caso positivo de covid-19 en su entorno familiar?

<b>SI</b>	<input type="checkbox"/>	<b>NO</b>	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	-----------	--------------------------

¿Usted o algún familiar o persona con quien convive ha estado con una persona con COVID-19 confirmado durante los últimos 14 días?

<b>SI</b>	<input type="checkbox"/>	<b>NO</b>	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	-----------	--------------------------

¿Se encuentra usted dentro del grupo de riesgo? (mayor a 60 años, diabético, enfermedades respiratorias, embarazada, hipertensión, entre otros)

<b>SI</b>	<input type="checkbox"/>	<b>NO</b>	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	-----------	--------------------------

**OBSERVACIONES:** Recordar que si presenta algún síntoma o antecedente de Covid-19 no debe concurrir a la Institución.

Fecha:

Aclaración: