DECLARACION JURADA PERSONAL

1. Datos personales

|  |  |
| --- | --- |
| Apellido y Nombre: |  |
| DNI |  |
| Teléfono de contacto: |  |
| Departamento / Área / Grupo |  |
| Edad: |  |
| Sexo: |  |

Lugar de Residencia – Dirección ACTUAL:

1. ¿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: |  |  |
| Dolor de cabeza |  |  |
| Diarrea: |  |  |
| Falta de Aire /Dificultad respiratoria: |  |  |
| Malestar General: |  |  |
| Detalle síntomas / Observaciones / Comentarios: | | |

1. Otros ANTECEDENTES (*marcar con X*)

¿Ud. ha completado el esquema de vacunación covid-19?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SI** |  | **NO** |  | **UNA DOSIS** |  |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SI** |  | **NO** |  |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SI** |  | **NO** |  |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SI** |  | **NO** |  |

¿Cuáles son los días y horarios estimados en que solicita autorización para ingresar a la Institución?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| LUNES | MARTES | MIERCOLES | JUEVES | VIERNES |
|  |  |  |  |  |

OBSERVACIONES: Recordar que si presenta alguno de los síntomas mencionados anteriormente y/o antecedente de Covid-19 por contacto estrecho o enfermedades preexistentes (comorbilidad) no debe concurrir a la institución.

Fecha:

Firma y aclaración: