



## DECLARACIÓN JURADA DE SALUD – CORONAVIRUS COVID-19

Estimado huésped entregue esta declaración completa y firmada cuando ingrese en el COMPLEJO.

De acuerdo con lo que establece el protocolo vigente del Ministerio de Salud, los pacientes que puedan ser un **CASO SOSPECHOSO\***, deben permanecer en sus domicilios y contactarse con el SAME a la línea 148 (en la provincia de Buenos Aires).

**\*CASO SOSPECHOSO:** toda persona que presente fiebre (37.5º o más) y uno o más de los síntomas respiratorios de COVID-19 (dolor de garganta, tos, dificultad respiratoria, pérdida del olfato o pérdida del gusto de reciente aparición), que resida o haya transitado en zonas de transmisión local en Argentina.

El Ministerio de Salud ha definido protocolos y lugares de atención determinados. Recuerde que no cumplir con el aislamiento está penalizado por el DNU art. 205 y 239. Leído y notificado según párrafos precedentes, procedo a completar la siguiente Declaración Jurada:

¿Presenta alguno de los siguientes síntomas?

|                         |    |    |
|-------------------------|----|----|
| Fiebre (37.5º o más)    | SI | NO |
| Dolor de garganta       | SI | NO |
| Tos                     | SI | NO |
| Dificultad respiratoria | SI | NO |
| Pérdida del olfato      | SI | NO |
| Pérdida del gusto       | SI | NO |

¿Es personal de salud o personal de fuerzas de seguridad o fuerzas armadas, o brinda asistencia a personas mayores?

SI NO

DATOS DE LA PERSONA QUE INGRESA

Fecha: ..... / ..... / ..... HORA:.....

Apellido: ..... Nombre: .....

Firma: ..... DNI: .....

Domicilio: .....

DATOS DEL FIRMANTE (En caso de actuar en representación)

Firma: ..... Aclaración: .....

DNI: ..... Domicilio: .....

Carácter -madre/padre, tutor, curador, otro (especificar)-:.....