DECLARACION JURADA POR COVID-19

**1. INFORMACION DE ADMISIÓN**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha** | **Nombre y Apellido** | **Domicilio** | **Edad** | **Nº de Contacto** | **DNI** | **Temp. º** |
|  |  |  |  |  |  |  |

**2. INFORMACION HISTORICA.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **Pregunta** | **Si** | **No** |
| **1** | **¿Ha desarrollado en los últimos 5 días episodios febriles con temperatura mayor a los 37,5º, tenido cefaleas, diarrea, perdida de olfato o del gusto, tos o dificultad respiratoria?** |  |  |
| **2** | **En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto con personas sospechosas o confirmadas de COVID-19?** |  |  |
| **3** | **En los últimos 14 días ¿ha permanecido o visitado algunos de los hospitales COVID-19 en el ámbito de la República Argentina?** |  |  |
| **4** | **¿Ah regresado de viaje del exterior en los últimos 14 días?** |  |  |
| **5** | **¿Ah estado expuesto a grupos humanos numerosos desconocidos sin respetar la distancia social establecida?** |  |  |
| **6** | **¿Permaneció en lugares cerrados con grupos humanos numerosos por más de 30 minutos seguidos, respetando o no la distancia social?** |  |  |

|  |
| --- |
| **Firma** |