



DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

De acuerdo con lo que establece el **protocolo vigente del Ministerio de Salud, los pacientes que presenten síntomas compatibles con COVID-19, deben permanecer en sus domicilios y contactarse telefónicamente con su cobertura médica o con el SAME, llamando al 107 (en CABA) o al 148 (en la provincia de Buenos Aires).**

El Ministerio de Salud ha definido los protocolos de atención correspondientes, que determinan que **el paciente debe permanecer en aislamiento hasta que se confirme o descarte el diagnóstico.** Tenga presente que no cumplir con el aislamiento está penalizado, de acuerdo con el Art. 205 del Código Penal.

Leído y notificado según párrafos precedentes, procedo a completar la Declaración Jurada:

¿Presenta actualmente o presentó dentro de los últimos 10 días los siguientes síntomas?

Fiebre (37.5° o más)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Dolor de garganta	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Tos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Dificultad respiratoria	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Pérdida del gusto o del olfato	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Neumonía	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Cefalea	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Mialgias	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Diarrea y/o vómitos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

En caso de respuesta afirmativa, indique la fecha de aparición de los síntomas

¿Tuvo COVID-19? (hisopado positivo con o sin síntomas)

Sí No En caso afirmativo, ¿presenta certificado de alta? Sí No

¿Es personal de salud o personal de fuerzas de seguridad o fuerzas armadas, brinda asistencia a personas mayores o trabaja en instituciones cerradas o de internación prolongada?

Sí No

¿En los últimos 14 días estuvo en contacto estrecho con un caso confirmado de COVID-19?

Sí No

DATOS DEL SOCIO / NO SOCIO QUE INGRESA

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

Nombre y Apellido:.....

Tipo y N° de Documento:.....

Domicilio:.....

Firma.....:

Esta Declaración Jurada deberá ser presentada cada vez que ingresa a la institución