

Declaración jurada de salud para visitantes

De acuerdo con lo que establece el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, las personas que presenten síntomas compatibles con COVID-19 (temperatura de 37,5°C o más, tos, dolor de garganta, dificultad respiratoria, dolor de cabeza, dolor muscular, diarrea o vómitos, pérdida del olfato o del gusto de reciente aparición), deben permanecer en sus domicilios y contactarse con el sistema de salud. En caso de confirmación deben permanecer en aislamiento por 10 días. Así también debe permanecer en aislamiento toda persona que en los últimos 10 días estuvo en contacto con personas diagnosticadas como caso sospechoso o confirmado COVID-19, mientras el caso presentaba síntomas o durante las 48 horas previas al inicio de síntomas del caso fuente.

Leído y notificado según párrafos precedentes, procedo a completar la siguiente. Declaración Jurada (MARCAR CON X LO QUE CORRESPONDA)

Antecedente de:	SI	NO
Temperatura de 37,5°C o más en los últimos 10 días		
Tos en los últimos 10 días		
Dolor de garganta en los últimos 10 días		
Dificultad respiratoria en los últimos 10 días		
Dolor de cabeza en los últimos 10 días		
Dolor muscular en los últimos 10 días		
Diarrea o vómitos en los últimos 10 días		
Pérdida del olfato o del gusto de reciente aparición en los últimos 10 días		
Rinitis o congestión nasal en los últimos 10 días		
Contacto con un caso sospechoso o confirmado de COVID-19 en los últimos 14 días		
Antecedente de viaje al exterior del país en los últimos 14 días		

Asimismo, me comprometo a notificar a las autoridades del establecimiento, ante la aparición de signos y/o síntomas en las 48 horas siguientes al encuentro, a fin de tomar las medidas preventivas que correspondan.

Declaro que los datos consignados en este formulario son correctos y completos y que he confeccionado esta declaración, sin falsear ni omitir dato alguno, siendo fiel expresión de la verdad.

DATOS DE LA PERSONA QUE INGRESA

Hora.....Hs. Fecha: / / 202.....

Apellido: Nombre:

Teléfono de contacto:

Persona que visita:

Firma: DNI: