



DECLARACIÓN JURADA DE SALUD – CORONAVIRUS COVID-19

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** o contactarse a la línea 148 (en la provincia de Buenos Aires)

*CASO SOSPECHOSO: toda persona que presente fiebre (37.5° 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. 20 y 239.

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

¿Presenta alguno de los siguientes síntomas?

- Fiebre (37,5° o más) SI NO
- Dolor de garganta SI NO
- Tos SI NO
- Dificultad respiratoria SI NO
- Pérdida de olfato de manera repentina SI NO
- Pérdida del gusto de manera repentina SI NO
- Cefalea SI NO
- Mialgias SI NO
- Diarrea/Vómitos SI NO

Temperatura Corporal Actual

¿Estuvo en contacto con casos confirmados de COVID-19, pero no presenta síntomas al día de hoy? SI NO

¿Estuvo en cuarentena por haber estado en contacto con un caso sospechoso o confirmado en los últimos 14 días? SI NO

¿Han tenido neumonía tratada en su casa en los últimos 14 días? SI NO

¿Trabaja en alguna institución de salud donde tuvo contacto con pacientes de COVID-19? SI NO

Comprendo que el objetivo del presente interrogatorio es que la escuela San Cayetano logre el mejor cuidado del personal y de toda la comunicada educativa, así como todas las graves consecuencias para la salud pública de no responder con la verdad. Declaro haber comprendido las preguntas formuladas y que mi respuestas fueron correctamente registradas. SI NO

Declaro que el/la presente madre/padre/tutor/estudiante no tiene ninguna **enfermedad crónica** por la que requiera ser dispensado de la actividad presencial.

DATOS DE LA PERSONA QUE INGRESA

Fecha: ____/____/____

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)-: