



FECHA:/...../.....

DECLARACIÓN JURADA DE SÍNTOMAS PARA INGRESO AL ESTABLECIMIENTO

NOMBRE Y APELLIDO:.....

DNI.....TELEFONO CELULAR.....

DOMICILIO.....

MARCAR SEGÚN CORRESPONDA

¿Trabajó o convivió con una persona que actualmente es caso Confirmado COVID-19? SI NO

¿Pasó en los últimos 14 días al menos 15 minutos cerca de una persona que actualmente es caso confirmado de COVID-19? SI NO

Otros comentarios:

¿Actualmente presenta alguno de estos síntomas?

Fiebre SI NO Ha perdido el gusto y/o el olfato SI NO

Tos SI NO Ha tenido manchas en su cuerpo SI NO

Dolor de garganta SI NO Síntomas gastrointestinales SI NO

Problemas para respirar SI NO

¿En su familia hubo personas que han tenido alguno de estos síntomas en los últimos 14 días? SI NO

Declaro bajo juramento que los datos consignados son veraces y, así mismo, en caso de producirse alguna novedad al respecto, me comprometo a comunicarla a las autoridades del Instituto de manera inmediata y fehaciente.

Indique la temperatura al ingresar

FIRMA

Empty rectangular box for signature or stamp

ACLARACIÓN