# DECLARACIÓN JURADA DE SALUD – COVID-19

### Estimado huésped es necesario que entregue esta declaración completa y firmada cuando ingrese en el COMPLEJO.

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 y contactarse con el SAME a la línea 148 (en la provincia de Buenos Aires).

**\*CASO SOSPECHOSO:** toda persona que presente fiebre (37.5º 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. 205 y 239. Leído y notificado según párrafos precedentes, procedo a completar la siguiente Declaración Jurada:

### ¿Presenta alguno de los siguientes síntomas?

Marcar con una cruz.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fiebre (37.5º o más) | SI | NO |
| Dolor de garganta | SI | NO |
| Tos | SI | NO |
| Dificultad respiratoria | SI | NO |
| Pérdida del olfato | SI | NO |
| Pérdida del gusto | SI | NO |
| ¿Es personal de salud o personal de fuerzas de seguridad o fuerzas armadas, o brinda asistencia a personas mayores? | SI | NO |

### DATOS DE LA PERSONA QUE INGRESA

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha: | Hora: |
| Apellido: | Nombre: |
| Firma: | DNI: |
| Domicilio: |

### DATOS DEL FIRMANTE (En caso de actuar en representación)

|  |  |
| --- | --- |
| Firma: | Aclaración: |
| DNI: | Domicilio: |
| Carácter (padre, madre, tutor, curador, otro):  |