

DECLARACION JURADA DE SALUD

Declaro bajo fe de juramento, que no presento en el momento actual signos ni síntomas respiratorios compatibles con COVID-19 y que no he estado expuesto a personas con la enfermedad o con los mismos síntomas en los últimos 14 días.

Que doy fe de la veracidad de los datos consignados en la “Declaración Jurada de Salud”.

Que cuento con la suficiente información sobre los riesgos de contagio por SARS CoV-2 Covid-19.

Me comprometo a cumplir estrictamente lo que establece el protocolo vigente y todas las medidas sanitarias indicadas por el Ministerio de Salud e informar que de iniciar síntomas que sospeche Covid-19 debo realizar aislamiento, comunicar al Ministerio de Salud (Centro de llamadas 154) y realizar una prueba laboratorial para descartar SARS Cov-2 por RT-PCR.

El incumplimiento de esta declaración será pasible de una sanción de 100 jornales.

INFORMACION PERSONAL

Nombres:

Apellidos:

Nº de Ced. de Identidad o Pasaporte: Nacionalidad:

Fecha de Nacimiento: Sexo:

Domicilio:

Ciudad: País:

Teléfono: Celular:

Correo electrónico:

SIGNOS Y SINTOMAS OBSERVADOS EN LOS ULTIMOS 15 DIAS

SIGNOS Y SINTOMAS	SI	NO	SIGNOS Y SINTOMAS	SI	NO
Fiebre			Escalofríos		
Dolor de garganta			Perdida del olfato		
Dificultad para respirar			Perdida del gusto		
Secreción Nasal			Vomito		
Tos			Erupciones Cutáneas		
Cefalea			Hematomas o sangrados sin traumatismo		
Diarrea			Dolores musculares		

Tuvo Contacto cercano con personas enfermas en las últimas 3 semanas SI NO

Describe que enfermedad tenía la persona con la que estuvo en contacto.....

.....

.....

En caso de ser menor de edad firma del
padre, madre o tutor

Aclaración:

C.I. N°:

.....

Firma del Postulante