

Declaración Jurada CUIDAR COVID - 19

Datos personales

Nombre y Apellido

DNI

Temperatura corporal actual

- 37 +

Tachar lo que no corresponda

¿Percibiste una marcada pérdida del olfato de manera repentina? SI / NO	¿Percibiste una marcada pérdida del gusto (sabor de los alimentos) de manera repentina? SI / NO
¿Tenés tos? SI / NO	¿Tenés dolor de garganta? SI / NO
¿Tenés dificultad respiratoria o falta de aire? SI / NO	¿Tenés dolor de cabeza? SI / NO
¿Tenés diarrea? SI / NO	¿Tenés vómitos? SI / NO
¿Tenés dolor muscular? SI / NO	

Si tu situación de salud contempla alguna de las siguientes opciones, seleccioná (X) las que correspondan:

- ☐ Trabajo o convivo con una persona que actualmente es caso confirmado COVID-19
- ☐ Pasé en los últimos 14 días al menos 15 minutos cerca de una persona que actualmente es caso confirmado COVID – 19
- ☐ Tengo/tuve cáncer
- ☐ Tengo diabetes
- ☐ Tengo alguna enfermedad hepática
- ☐ Tengo enfermedad renal crónica
- ☐ Tengo alguna enfermedad respiratoria
- ☐ Tengo alguna enfermedad cardíológica
- ☐ Tengo alguna condición que baja las defensas

Mi temperatura es:

Sin síntomas. SI / NO

Sin antecedentes: SI / NO

Firma y Aclaración