



Declaración Jurada de Salud Covid 19

Fecha: _____

Apellido y Nombre: _____

DNI: _____ Equipo: _____

Teléfono de contacto: _____

Lugar de Residencia: _____

1. Tiene antecedentes del viaje al exterior	SI	NO
2. Ha tenido contacto con alguna persona enferma de Coronavirus o caso sospechoso de Covid 19 en los últimos 14 días	SI	NO
3. Presentó durante los últimos 14 días o presenta actualmente alguno de estos síntomas: Fiebre (37,5 o más), tos, dolor de garganta, problemas para respirar, anosmia, disgeusia (alteraciones en el gusto u olfato) diarrea o dolor de cabeza	SI	NO
4. Tiene antecedentes de Patología Crónica (Asma, diabetes, patologías cardíacas, otra)	SI	NO

Declaro bajo juramento que los datos consignados en este formulario son veraces, reales y completos sin omitir ni falsear dato alguno que deba contener, siendo fiel expresión de la verdad y me comprometo a notificar de inmediato a las autoridades de Turenita (teléfono XXXXXXXX) ante cualquier modificación de los mismos.

Firma

Aclaración