



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN JUAN

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

Fecha:/...../.....

Establecimiento:

DATOS PERSONALES

Nombres: **Apellidos:**

DNI: **Teléfono celular:**

Domicilio:

E-mail: **Edad:**

¿Ha viajado al exterior en los últimos 14 días?	SI	NO
¿Ha estado en contacto con viajeros de otros países o provincias de Argentina?	SI	NO
¿Cuándo?	-	-
¿Estuvo en contacto con algún paciente con COVID-19 positivo?	SI	NO
¿Cuándo?.....	-	-
¿Está comprendido en algún grupo de riesgo para COVID -19?	SI	NO
En caso afirmativo indicar el mismo:.....	-	-
En caso de ser mujer, consignar si se encuentra embarazada	SI	NO
¿Actualmente usted presenta alguno de los siguientes síntomas?	-	-
FIEBRE (MAYOR A 37.5°C VARIABLE)	SI	NO
TOS	SI	NO
DOLOR DE GARGANTA	SI	NO
PÉRDIDA DEL OLFATO/GUSTO	SI	NO
PROBLEMAS PARA RESPIRAR	SI	NO
MANCHAS EN EL CUERPO	SI	NO
SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES	SI	NO
¿Alguien en su familia ha tenido alguno de estos síntomas en los últimos 14 días?	SI	NO

.....

Firma del Declarante