



DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

FECHA: / / 2020.

APELLIDO Y NOMBRE: _____

DNI / PASAPORTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: / /

DOMICILIO: _____ EMPRESA: _____

PUESTO DE TRABAJO _____

TEL: _____ TEL DE CONTACTO EMERGENCIA: _____

COBERTURA MÉDICA: _____ N° AFILIADO: _____

MARQUE LA RESPUESTA CORRECTA

1. ¿Estuvo en los últimos 14 días fuera de la Provincia de Mendoza? Si ☐ No ☐
2. ¿Estuvo en contacto con personas que hayan regresado a la Provincia de Mendoza en los últimos 14 días por haber estado afuera de la misma? Si ☐ No ☐

3. En caso afirmativo, detalle la siguiente información:

Detalle las ciudades / países que visitó: _____

Fecha de finalización de viaje por el último lugar visitado: _____

Lugar de procedencia en su viaje a Mendoza: _____

Si su vuelo hizo escalas, indicar en qué lugares: _____

4. ¿Ha estado en contacto con personas con un diagnóstico confirmado de coronavirus en los últimos 14 días? Si ☐ No ☐

En caso afirmativo, cuándo: _____

5. ¿Usted o alguna persona de su grupo conviviente o persona de trato frecuente, presentó en los últimos 14 días fiebre (igual o mayor a 37,5°C) y alguno de los siguientes síntomas como: tos, dolor de garganta y/o dificultad respiratoria, diarrea, anosmia (dificultad en el olfato)? Si ☐ No ☐

Declaro bajo juramento que a la fecha no presento ninguno de estos síntomas: fiebre (mayor/igual a 37,5°C) y alguno de los siguientes síntomas: tos, dolor de garganta y/o dificultad respiratoria, diarrea, anosmia (dificultad en el olfato).

Declaro bajo juramento conocer y comprender las obligaciones de aislamiento impuestas por las autoridades de la República Argentina, y la normativa de la Provincia de Mendoza, bajo apercibimiento de recibir las sanciones legalmente dispuestas para el caso de falsedad de mi declaración y/o incumplimiento de las medidas dispuestas.

FIRMA Y ACLARACIÓN _____

Esta planilla contiene información CONFIDENCIAL sometida a secreto médico. Su divulgación está prohibida por la Ley.