

DECLARACIÓN JURADA AL PROTOCOLO DE ACTUACIÓN COVID-19

N°	Pregunta	SI	NO
1	¿Ud. forma parte de los considerados grupos de riesgo? (Persona mayor de 60 años, gestante o con patología previa*)		
2	¿Ha desarrollado en los últimos 5 días episodios febriles con temperatura mayor a 37.5°?		
3	¿En los últimos 14 días, ha estado en contacto con personas sospechosas o confirmadas de COVID-19?		
4	¿En los últimos 14 días, permanecido o visitado alguno de los hospitales COVID-19 en el ámbito de la República Argentina?		
5	¿Ha regresado de un viaje de exterior en los últimos 14 días?		
6	¿Ha estado expuesto a grupos humanos numerosos desconocidos sin respetar la distancia social establecida?		
7	¿Permaneció en lugares cerrados con grupos humanos numerosos por más de 30 minutos seguidos, respetando o no la distancia social?		

* Personas inmunosuprimidas, con enfermedad cardiovascular (insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria, valvuloplastías y cardiopatías congénitas), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) clase funcional – moderadamente severo – severo, enfisema congénito, displasia broncopulmonar, bronquiectasias, fibrosis quística, asma moderado o severo, insuficiencia renal crónica, insuficiencia hepática crónica, personas con diabetes insulino dependientes, personas bajo tratamiento oncológico o diálisis y embarazadas.

Fecha: _____

Firma: _____ Aclaración: _____

D.N.I.: _____ TE: _____

Mail: _____

