



DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

De acuerdo con lo que establece el protocolo vigente del Ministerio de Salud de la Nación y el Decreto Municipal Nro 1076/2020, los pacientes que presenten síntomas compatibles con COVID-19, deben permanecer en sus domicilios y contactarse telefónicamente con su cobertura médica o con el servicio de emergencias de su localidad.

El Ministerio de Salud ha definido los protocolos de atención correspondientes, que determinan que el paciente debe permanecer en aislamiento hasta que se confirme o descarte el diagnóstico. Tenga presente que no cumplir con el aislamiento está penalizado, de acuerdo con el Art. 205 del Código Penal.

Leído y notificado según párrafos precedentes, procedo a completar la Declaración Jurada.

¿Presenta alguno de los siguientes síntomas?

Fiebre (37,5º o más)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dolor de garganta	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Tos	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dificultad respiratoria	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Perdida de olfato	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Perdida de gusto	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Neumonía	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Procedencia antes de arribar al hotel (en caso de ser varios lugares en los últimos 14 días incluir todos en orden)
.....
.....

En los últimos 14 días, ¿estuvo en contacto estrecho con un caso confirmado de COVID-19?
SI NO

Seguro de Viaje o Cobertura Médica
SI NO
Nro. de Socio/Afiliado/Cobertura
.....

DATOS DE LA PERSONA QUE INGRESA

Apellido:	Nombre:
DNI/Pasaporte:	Nacionalidad:
Domicilio:	Fecha de Ingreso:/...../.....
Tel. de Contacto:	Fecha de Egreso:/...../.....
E.Mail:	Tipo de Transporte: <input type="checkbox"/> Auto
	<input type="checkbox"/> Bus

Por la presente declaro bajo juramento:

- la veracidad de los datos suministrados y que me doy por notificado y acato los puntos anteriores
- que notificaré al alojamiento inmediatamente en caso de sentir alguno de los síntomas referidos al COVID-19
- que no circularé por las instalaciones del alojamiento y me confinaré a la habitación asignada en caso de presentar dichos síntomas
- que cuento con un seguro de salud, seguro de viaje o los medios económicos necesarios para que, en caso de presentar síntomas, pueda efectivizar de forma inmediata mi salida de la ciudad o cubrir mis gastos de estadía en caso de tener que permanecer en ella

Firma:
(Titular o Tutor)

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