



Club Italiano

Sede Social: Av. Rivadavia 4731
4901-1061/1062 / 1063
www.clubitaliano.com.ar
Fb: /clubitalianoBuenosAires.com

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD – CORONAVIRUS COVID-19

De acuerdo con lo que establece el **protocolo vigente del Ministerio de Salud, los pacientes que puedan ser un CASO SOSPECHOSO***, deben permanecer en sus domicilios y contactarse con el SAME a la línea 107 (en CABA) o a la línea 148 (en la provincia de Buenos Aires).

***CASO SOSPECHOSO:** toda persona que presente fiebre (37.5° o más) y uno o más de los síntomas respiratorios de COVID-19 (dolor de garganta, tos, dificultad respiratoria, pérdida del olfato o pérdida del gusto de reciente aparición), que resida o haya transitado en zonas de transmisión local en Argentina.

El Ministerio de Salud ha definido protocolos y lugares de atención determinados. Recuerde que no cumplir con el aislamiento está penalizado por el DNU art. 205 y 239.

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

¿Presenta alguno de los siguientes síntomas?

Fiebre (37.5° o más)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Dolor de cuerpo	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Dolor de garganta	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Dolor de cabeza	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Tos	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Diarrea	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Dificultad respiratoria	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Covid-19 positivo (durante la Pandemia)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Pérdida del olfato	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Pérdida del gusto	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

¿Es personal de salud o personal de fuerzas de seguridad o fuerzas armadas, o brinda asistencia a personas mayores?

Sí No

¿Regresó de algún lugar turístico a más de 150 km de CABA en los últimos 7 días?

Sí No En caso afirmativo consigne fecha de regreso a CABA.....

¿Realizó PCR / Hisopado a su regreso?

Sí No Consigne resultado (positivo o negativo COVID-19).....

DATOS DE LA PERSONA QUE INGRESA

Fecha: / /

Apellido:

Nombre:

Firma:

DNI:

Domicilio:

DATOS DEL FIRMANTE (En caso de actuar en representación)

Firma:

Aclaración:

DNI:

Domicilio:

Carácter -madre/padre, tutor, curador, otro (especificar)-:.....