

## DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

De acuerdo con lo que establece el **protocolo vigente del Ministerio de Salud, los pacientes que presenten síntomas compatibles con COVID-19, deben permanecer en sus domicilios** y contactarse telefónicamente con su cobertura médica o con el SAME, llamando al 107 (en CABA) o al 148 (en la provincia de Buenos Aires).

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 actualmente o presentó dentro de los últimos 10 días los siguientes síntomas?**

Fiebre (37.5° o más)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Dolor de garganta	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Tos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Dificultad respiratoria	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Pérdida del gusto o del olfato	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Neumonía	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Cefalea	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Mialgias	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Diarrea y/o vómitos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

**En caso de respuesta afirmativa, indique la fecha de aparición de los síntomas .....**

**¿Tuvo COVID-19?**

Sí  No  En caso afirmativo, fecha de alta ..... / ..... / ..... ¿Presenta certificado? Sí  No

**¿Es personal de salud o personal de fuerzas de seguridad o fuerzas armadas, brinda asistencia a personas mayores o trabaja en instituciones cerradas o de internación prolongada?**

Sí  No

**¿En los últimos 10 días estuvo en contacto estrecho con un caso confirmado de COVID-19?**

Sí  No

**DATOS DE LA PERSONA QUE INGRESA**

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

Apellido: .....

Nombre: .....

Firma: .....

DNI: .....

Domicilio: .....

**DATOS DEL FIRMANTE (en caso de actuar en representación del paciente)**

Firma: .....

Aclaración: .....

DNI: .....

Domicilio: .....

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