



**DECLARACION JURADA PARA TODA PERSONA
INGRESANTE A LA SEDES**

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS EN LA PRESENTE DECLARACIÓN JURADA SON VERÍDICOS.

1) DATOS FILIATORIOS

- Apellido y Nombre:.....
- N° de socio o DNI:.....Teléfono de contacto:.....
- Fecha de nacimiento:.....Edad:.....
- Motivo de la visita:.....

2) ¿Presenta alguno de los siguientes síntomas?

Síntomas primarios:	SI	NO	Síntomas secundarios:	SI	NO
<ul style="list-style-type: none">• Tos• Dolor de garganta• Resfrío• Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none">• Pérdida de olfato o gusto• Dolor de cabeza• Diarrea• Conjuntivitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preguntas adicionales:				SI	NO
<ul style="list-style-type: none">• ¿Ha desarrollado en los últimos 5 días episodios febriles con temperaturas mayores a 37,5°?• En los últimos 14 días ¿Ha estado en contacto con personas sospechosas o confirmadas de Covid-19?• En los últimos 14 días ¿Ha permanecido o visitado alguno de los hospitales COVID -19 en el ámbito de la República Argentina?• ¿Ha regresado de viaje en los últimos 14 días?• ¿Ha estado expuesto a grupos humanos numerosos desconocidos sin respetar la distancia social establecida?• ¿Permaneció en lugares cerrados poco ventilados con grupos humanos numerosos por más de 15 minutos seguidos, respetando o no la distancia social?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 3) ¿Estuvo en contacto directo con alguna persona que presente síntomas compatibles al COVID-19 o que sea positivo? SI NO

Firma y Aclaración