



CENTRO GALICIA DE BUENOS AIRES

Cultural, Social y Deportivo

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"/>			

DATOS DE LA PERSONA QUE INGRESA

Fecha: / /

Apellido:

Nombre:

DATOS DEL FIRMANTE

Firma:

Aclaración:

DNI:

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