

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 alguno de 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 olfato	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Pérdida del gusto	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Neumonía	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

¿Es personal salud?

Sí No

¿En los últimos 14 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)-: