**DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**

 **FECHA** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**APELLIDO Y NOMBRE del estudiante:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DNI:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_

**COBERTURA MÉDICA:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MARQUE LA RESPUESTA CORRECTA (referida al niño/a)**

1. ¿*Estuvo en los últimos 14 días fuera de la Provincia de Mendoza?* SÍ  NO 

2. ¿*Estuvo en contacto con personas que hayan regresado a la Provincia de Mendoza en los últimos 14 días por haber estado fuera de la misma?* SÍ  NO 

3. *En caso afirmativo, detalle ciudades/países que visitó: Fecha de finalización de viaje por el último lugar visitado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *Si su vuelo hizo escalas, indicar en qué lugares: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

4. ¿*Ha estado en contacto con personas con un diagnóstico confirmado de COVID 19 en los últimos 14 días?* SÍ  NO 

 *En caso afirmativo, ¿cuándo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

5. *¿El /la estudiante o alguna persona de su grupo conviviente, o persona de trato frecuente, presentó en los últimos 14 días fiebre (igual o mayor a 37.5ºC) y alguno de los siguientes síntomas como: tos, dolor de garganta y/o dificultad respiratoria, diarrea, anosmia (dificultad en el olfato)?* SÍ  NO 

6. *Indique qué medio de transporte usa para llegar a la escuela: Particular*  *Público*

 *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Declaro bajo juramento que a la fecha el/la estudiante no presenta ninguno de éstos síntomas: fiebre (mayor/igual 37.5ºC) y alguno de los siguientes síntomas: tos, dolor de garganta,y/o dificultad respiratoria, diarrea, anosmia (dificultad en el olfato).*

*Declaro bajo juramento conocer y comprender las obligaciones de aislamiento y/o distanciamiento impuestas por las autoridades nacionales y/o la normativa de la Provincia de Mendoza, bajo apercibimiento de recibir las sanciones legalmente dispuestas para el caso de falsedad de mi declaración y/o incumplimiento de las medidas dispuestas.*

Firma y aclaración del padre, madre, tutor/a o encargado/a del/la ingresante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Temperatura ingresante:**  | \_\_\_\_\_\_\_ | **Firma y aclaración de****la Guardia:** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Esta planilla contiene información CONFIDENCIAL sometida a secreto médico. Su divulgación está prohibida por la ley.