



DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

FECHA ____ / ____ / ____

APELLIDO Y NOMBRE: _____

DNI: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____

DOMICILIO: _____

TEL. FIJO /CELULAR: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

LEGAJO: _____ PUESTO DE TRABAJO: _____

TEL. CONTACTO EMERGENCIA: _____ COBERTURA MÉDICA: _____

MARQUE LA RESPUESTA CORRECTA

1. Estuvo en los últimos 14 días fuera de la Provincia de Mendoza? SI 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? SI NO

3. En caso afirmativo, detalle la siguiente información:

Detalle las 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? SI NO

En caso afirmativo, cuándo? _____

5. Usted o alguna persona de su grupo conviviente, o persona de trato frecuente, presentó en los últimos 14 días fiebre (igual o mayor a 37.5°C) y alguno de los siguientes síntomas como: tos, dolor de garganta y/o dificultad respiratoria, diarrea, anosmia (dificultad en el olfato)? SI NO

6. Indique qué medio de transporte usa para llegar al puesto de trabajo (Particular-Público)

Declaro bajo juramento que a la fecha no presento ninguno de éstos síntomas: fiebre (mayor/igual 37.5°C) 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 INGRESANTE: _____

Temperatura ingresante: _____	Firma y aclaración de la Guardia: _____
----------------------------------	--