

**DECLARACIÓN JURADA DE SALUD – CORONAVIRUS COVID-19**

Estimado paciente:

Si usted y/o los menores a su cargo, han estado en contacto con casos probables o confirmados de Coronavirus COVID-19, de acuerdo con las reglamentaciones dispuestas por el Ministerio de Salud, no podemos brindarle atención debido a que deben permanecer en aislamiento y en caso de presentar síntomas, usted debe comunicarse al 107 (CABA) y 148 (GBA).

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, proceda a completar el siguiente cuestionario, el que tendrá carácter de Declaración Jurada.

**¿Presenta alguno de los siguientes síntomas?**

Fiebre (37.5º 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"/>
Marcada pérdida del gusto	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Marcada pérdida del olfato	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

**Fecha:** ...../...../.....

**Apellido:** .....

**Nombre:** .....

**Firma:** .....

**DNI:**.....

**DATOS DEL FIRMANTE (en caso de actuar en representación del paciente)**

**Firma:**.....

**Aclaración:** .....

**DNI:**.....

**Carácter: Representante Legal- Padre/Madre – Curador - Tutor – Otro especificar:**

.....