

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

FECHA: / / 2020.

APELLIDO Y NOMBRE: _____

DNI: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

DOMICILIO: _____

Tel. Fijo/Celular: _____ **Correo Electrónico:** _____

LEGAJO _____ **PUESTO DE TRABAJO** _____

TEL DE 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 afuera 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: ¿Ha estado en contacto con personas con un
diagnóstico confirmado de COVID19 en los últimos 14 días?

SI No

En caso afirmativo, cuándo:

4. ¿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

5. ¿Qué medio de transporte usa para llegar al puesto de trabajo?.....

.....

Declaro bajo juramento que a la fecha no presento ninguno de estos síntomas: fiebre (mayor/igual a 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 impuestas por las autoridades de la República Argentina, y 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 _____

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