

Fecha: ____ / ____ / ____

Para su seguridad, para la seguridad de su entorno y de la comunidad, le solicitamos por favor que brinde con carácter de declaración jurada los siguientes datos:

Nombre y Apellido: _____ Edad: _____

Marque con una cruz (x) la opción que corresponda:

1. ¿Tiene un historial de viaje fuera del país en los últimos 14 días?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
2. ¿Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado de coronavirus?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
3. ¿Ha proporcionado cuidados a menos de dos metros de un caso confirmado o sospechoso, teniendo contacto con su entorno o contacto directo?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
4. ¿Ha viajado en avión, estando a dos asientos de radio de un paciente con síntomas respiratorios o pertenece a tripulación que atendió a enfermos respiratorios?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
5. ¿Tiene un historial de viaje o residencia en zonas de transmisión local* (ya sea comunitaria o por conglomerados) de COVID-19 en Argentina? * <u>Zonas de transmisión</u> <ul style="list-style-type: none"> • Ciudad Autónoma de Buenos Aires • Provincia de Buenos Aires: Área Metropolitana de la provincia de Buenos Aires. <ul style="list-style-type: none"> ○ RS V (completa): General San Martín, José C. Paz, Malvinas Argentinas, San Fernando, San Isidro, San Miguel, Tigre, Vicente López, Campana, Escobar, Exaltación de la Cruz, Pilar, Zárate. ○ RS VI (completa): Almirante Brown, Avellaneda, Berazategui, Esteban Echeverría, Ezeiza, Florencio Varela, Lanús, Lomas de Zamora, Quilmes. ○ RS VII (completa): Hurlingham, Ituzaingó, Merlo, Moreno, Morón, Tres de Febrero, General Las Heras, General Rodríguez, Luján, Marcos Paz. ○ RS XI en los siguientes municipios: Berisso, Brandsen, Cañuelas, Ensenada, La Plata, Presidente Perón, San Vicente. ○ RS XII: La Matanza. • Provincia del Chaco: <ul style="list-style-type: none"> ○ Resistencia, ○ Barranqueras, ○ Fontana, ○ Puerto Vilelas. • Provincia de Chubut: <ul style="list-style-type: none"> ○ Ciudad de Trelew. • Provincia de Córdoba: <ul style="list-style-type: none"> ○ Ciudad de Córdoba. • Provincia de Río Negro: <ul style="list-style-type: none"> ○ Bariloche, ○ Choele Choel, ○ Cipoletti. 	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

06/2020 Declaración Jurada en el marco de la pandemia de Coronavirus COVID-19 - Acompañantes pacientes ambulatorios

6. Por favor, señale si pertenece a alguno de estos grupos:

- *Residente o personal que trabaja en instituciones cerradas o de internación prolongada (penitenciarias, residencias de adultos mayores, instituciones neuropsiquiátricas, hogares de niñas y niños)*
- *Personal esencial (Fuerzas de seguridad, Fuerzas Armadas, personas que brindan asistencia a personas mayores)*
- *Habitante de barrios populares y pueblos originarios (se considera barrio popular a aquellos donde la mitad de la población no cuenta con título de propiedad, ni acceso a dos o más servicios básicos)*

SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

7. ¿Ha tenido los siguientes síntomas en el mismo período?

Fiebre (37.5 o más)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Resfrío	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Diarrea	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Neumonía	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Tos	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dificultad respiratoria	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Disgeusia (perdida de gusto)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Odinofagia (dolor al tragar)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Anosmia (pérdida de olfato)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Que no obstante el contexto de pandemia actual por Coronavirus COVID-19, así como la normativa de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio, he decidido acompañar al paciente..... DNI, por lo que a todos los fines que puedan corresponder, y teniendo en cuenta los riesgos de contagio, deslindo de cualquier tipo de responsabilidad a la institución y su personal.

Firma:

Aclaración:

Teléfono:

Domicilio: