

## Consejo Salud

### Prevención del Contagio COVID-19

### Declaración Jurada de Salud

**APELLIDO Y NOMBRE:** .....

**FECHA DE NACIMIENTO:** .....

**EDAD:** ..... **NACIONALIDAD:** .....

**DNI:** .....

**DOMICILIO COMPLETO:** .....

**LOCALIDAD:** .....

**TEL. PARTICULAR:** ..... **TEL. CELULAR:** .....

Marque con una cruz en el casillero que corresponda	Si	No	Observaciones
¿Ha tenido contacto con alguna persona que haya tenido aislamiento sanitario por COVID en los últimos 21 días?			
¿Ha tenido aislamiento sanitario por COVID en los últimos 21 días?			
¿Tiene Fiebre?			
¿Tiene Tos?			
¿Tiene dolor de garganta?			
¿Tiene dificultad para respirar?			
¿Siente Fatiga?			
¿Tiene dolor muscular?			
¿Tiene perdida del gusto o el olfato?			
¿Presenta deposiciones blandas?			

**FIRMA:** ..... **FECHA:** ...../...../ 2020