

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD CORONAVIRUS COVID-19

Estimado huésped entregue esta declaración completa y firmada cuando ingrese en el Camping.

De acuerdo con lo que establece el protocolo vigente del Ministerio de Salud, los pacientes que puedan ser un **CASO SOSPECHOSO***, deben permanecer en sus domicilios y contactarse con el SAME a la línea 148 (en la provincia de Buenos Aires).

***CASO SOSPECHOSO:** toda persona que presente fiebre (37.5° o más) y uno o más de los síntomas respiratorios de COVID-19 (dolor de garganta, tos, dificultad respiratoria, pérdida del olfato o pérdida del gusto de reciente aparición), que resida o haya transitado en zonas de transmisión local en Argentina.

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, procedo a completar la siguiente Declaración Jurada:

¿Presenta alguno de los siguientes síntomas?

Síntoma	SI	NO
Fiebre (37.5° o más)		
Dolor de garganta		
Dificultad respiratoria		
Pérdida del olfato		
Pérdida del gusto		
¿Es personal de salud o personal de fuerzas de seguridad o fuerzas armadas, o brinda asistencia a personas mayores?		

DATOS DE LA PERSONA QUE INGRESA

Fecha: / / HORA:.....	DATOS DEL FIRMANTE (En caso de actuar en representación)
Apellido:	Firma:
Nombre:	Aclaración:
Firma:	DNI:
DNI:	Domicilio:
Domicilio:	Carácter madre/padre, tutor, curador, otro (especificar)-: