**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN JUAN**

**DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**

Fecha:……/……/……

Establecimiento:……………………………………………………………………………

DATOS PERSONALES

Nombres:………………………………… Apellidos:……………………………………

DNI:………………………………………. Teléfono celular……………………………

Domicilio:……………………………………………………………………………………

E-mail:…………………………………….. Edad: ……………………….……….………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ¿Ha viajado al exterior en los últimos 14 días? | SI | NO |
| ¿Ha estado en contacto con viajeros de otros países o provincias de Argentina? | SI | NO |
| ¿Cuándo? | - | - |
| ¿Estuvo en contacto con algún paciente con COVID-19 positivo? | SI | NO |
| ¿Está comprendido en algún grupo de riesgo para COVID -19?  | SI | NO |
| En caso afirmativo indicar el mismo:……………………………………………. |  |  |
| En caso de ser mujer, consignar si se encuentra embarazada | SI | NO |
| ¿Actualmente usted presenta alguno de los siguientes síntomas? | - | - |
| FIEBRE (MAYOR A 37.5ºC VARIABLE) | SI | NO |
| TOS | SI | NO |
| DOLOR DE GARGANTA | SI | NO |
| PÉRDIDA DEL OLFATO/GUSTO | SI | NO |
| PROBLEMAS PARA RESPIRAR | SI | NO |
| MANCHAS EN EL CUERPO | SI | NO |
| SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES | SI | NO |
| ¿Alguien en su familia ha tenido alguno de estos síntomas en los últimos 14 días? | SI | NO |

………………………………………..

Firma del Declarante…….2