

## ANEXO 1 - DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

### CORONAVIRUS COVID-19

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

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 CENTRO DE SALUD MÁS PRÓXIMO. Entiéndase como **CASO SOSPECHOSO** a 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 o presentó en las últimas 48 hs. alguno de los siguientes síntomas? (marcar con un círculo lo que corresponda).

Fiebre (37.5° o más) SI NO

Dolor de garganta SI NO

Tos SI NO

Dificultad respiratoria SI NO

Pérdida del olfato SI NO

Pérdida del gusto SI NO

¿Es personal de salud o personal de fuerzas de seguridad o fuerzas armadas, o brinda asistencia a personas mayores? SI NO

#### DATOS DE LA PERSONA QUE INGRESA

Fecha: ..... / ..... / .....

HORA:.....

Apellido: .....

Nombre: .....

Firma: .....

DNI: .....

Domicilio: .....

#### DATOS DEL FIRMANTE (En caso de actuar en representación)

Firma: .....

Aclaración: .....

DNI: .....

Domicilio: .....

Carácter -madre/padre, tutor, otro (especificar)-:.....

En el municipio de Villa Icho Cruz tiene vigencia el Anexo 120 del COE Provincial a los fines de su reserva, alojamiento y permanencia en la localidad.