

ANEXO VI DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

FECHA: / / 2021.

APELLIDO Y NOMBRE:

DNI:.....

FECHA DE NACIMIENTO:

DOMICILIO:

TEL. FIJO/CELULAR: CORREO ELECTRÓNICO:

LEGAJO PUESTO DE TRABAJO:

TEL. DE CONTACTO/ EMERGENCIA:COBERTURA MÉDICA:

MARQUE LA RESPUESTA CORRECTA:

1. *¿Estuvo en los últimos 14 días fuera de la Provincia de Mendoza? Si/ No*

2. *¿Estuvo en contacto con personas que hayan regresado a la Provincia de Mendoza en los últimos 14 días por haber estado afuera de la misma? Si/ No*

3. *En caso afirmativo, defalle la siguiente información:*

Detalle las ciudades /países que visitó.' Fecha de finalización de viaje por el último lugar visitado':.....

Si su vuelo hizo escalas, indicar en qué lugares:.....

4. *¿Ha estado en contacto con personas con diagnóstico confirmado de COVID-19 en los últimos 14 días? En caso afirmativo, ¿cuándo?.....*

5. *¿Usted o alguna persona de su grupo conviviente o persona de trato frecuente, presentó en los últimos 14 días fiebre (igual o mayor a 37,5°C) y alguno de los siguientes síntomas como: tos, dolor de garganta y/o dificultad respiratoria, diarrea, anosmia (dificultad en el olfato)? Si/ No*

6. *¿Qué medio de transporte usa para llegar al establecimiento al que asiste?.....*

Declaro bajo Juramento que a la fecha no presento ninguno de estos síntomas: fiebre (mayor/igual a 37,5º) y alguno de los siguientes síntomas: tos, dolor de garganta y/o dificultad respiratoria, diarrea, anosmia (dificultad en el olfato).

Declaro bajo juramento conocer y comprender las obligaciones de aislamiento impuestas por las autoridades de la República Argentina, y la normativa de la Provincia de Mendoza, bajo apercibimiento de recibir las sanciones legalmente dispuestas para el caso de falsedad de mi declaración y/o incumplimiento de las medidas dispuestas.

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL PADRE / MADRE / TUTOR

Esta planilla contiene información CONFIDENCIAL sometida a secreto médico. Su divulgación está prohibida por la ley.



Res. N° 120/2021 _ _ _ _ _

