

DECLARACION JURADA DE SALUD - COVID-19

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 107 (en CABA) o a la línea 148 (en la provincia de Buenos Aires). Recuerde que no cumplir con el aislamiento está penalizado por los arts. 205, 239 y concordantes del Código Penal de la Nación Argentina, conforme lo indicado tanto por el DNU N° 260/20 como por el DNU N° 297/20.-

*CASO SOSPECHOSO: toda persona que presente fiebre (37. 5° o más) y uno o más de los síntomas propios de COVID-19 (dolor de garganta, tos, dificultad respiratoria, pérdida del olfato o pérdida del gusto de reciente aparición, cefalea, diarrea y/o vómitos), que resida o haya transitado en zonas de transmisión local en Argentina. También se considera caso sospechoso a toda persona que sea trabajador de la salud, resida o trabaje en instituciones cerradas o de internación prolongada (penitenciarias, residencias de adultos mayores, instituciones neuropsiquiátricas, hogares de niñas y niños), sea personal esencial (Fuerzas de seguridad y Fuerzas Armadas, personas que brinden asistencia a personas mayores, entre otros), resida en barrios populares o pueblos originarios (se considera barrio popular a aquellos donde la mitad de la población no cuenta con título de propiedad, ni acceso a dos o más servicios básicos) o que sea contacto estrecho de caso confirmado de Covid -19 y que dentro de los 14 días posteriores al contacto presente 1 o más de los síntomas anteriormente indicados.- En este último caso, el período de contacto se considerará desde las 48 horas previas al inicio de los síntomas de COVID - 19.-

Leído y notificado según párrafos precedentes, procedo a completar la siguiente Declaración Jurada:

¿Presenta alguno de los siguientes síntomas? COLOCAR SI O NO SEGÚN CORRESPONDA.

Fiebre (37.5° o más)

Dolor de garganta

Tos

Dificultad respiratoria

Pérdida del olfato

Pérdida del gusto

Cefalea

Diarrea y/o vómitos

¿Es personal de salud?

¿Es personal esencial?

¿Resida o trabaje en instituciones cerradas o de internación prolongada?

¿Reside en barrios populares o pueblos originarios?

¿Trabaja o convive con una persona que es actualmente caso confirmado de COVID 19?

¿Pasó en los últimos 14 días al menos 15 minutos cerca de una persona que actualmente es caso confirmado de COVID 19?

¿Es una persona mayor de 60 años?

Asimismo, deberá indicar con una cruz si tu salud contempla alguna de las siguientes opciones.

- Estoy embarazada
- Tuve/tengo cáncer
- Tengo diabetes
- Tengo alguna enfermedad hepática
- Tengo alguna enfermedad renal crónica
- Tengo alguna enfermedad respiratoria
- Tengo alguna enfermedad cardiológica
- Tengo alguna condición que baja las defensas

Por último, en este acto declaro bajo juramento que me encuentro APTO, gozando de salud física y mental para desarrollar prácticas deportivas. Por lo tanto, asumo plena responsabilidad por lo aquí declarado y me comprometo a presentar, si a la fecha no fue presentado, Certificado Médico conforme a lo ya requerido por la Institución. -

DATOS DE LA PERSONA QUE INGRESA

Fecha: / /

Apellido:

Nombre:

DNI:

N° de Socio:

Domicilio:

Teléfono de contacto:

Firma: