UNCUYO UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO

LAE LICEO AGRÍCOLA Y ENOLÓGICO DOMINGO FAUSTINO SARMIENTO

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD FAMILIA

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

FECHA: / / 2021

APELLIDO Y NOMBRE: _____

DNI: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** / /

DOMICILIO: _____

MADRE/ PADRE/ TUTOR DE: _____

TEL: _____ **TEL DE CONTACTO EMERGENCIA:** _____

COBERTURA MÉDICA: _____ **Nº AFILIADO:** _____

MARQUE LA RESPUESTA CORRECTA

1. *¿Estuvo en los últimos 14 días fuera de la Provincia de Mendoza?* *Sí* ☐ *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?* *Sí* ☐ *No* ☐
3. *En caso afirmativo, detalle la siguiente información:*
   Detalle las ciudades / países que visitó: _____
   Fecha de finalización de viaje por el último lugar visitado: _____
   Lugar de procedencia en su viaje a Mendoza: _____
   Si su vuelo hizo escalas, indicar en qué lugares: _____
4. *¿Ha estado en contacto con personas con un diagnóstico confirmado de coronavirus en los últimos 14 días?* *Sí* ☐ *No* ☐
   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)?* *Sí* ☐ *No* ☐

Declaro bajo juramento que a la fecha no presento ninguno de estos síntomas: fiebre (mayor/igual a 37,5°C) 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 _____

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