



DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

NOMBRE Y APELLIDO:

DNI:

MAIL:

De acuerdo con lo que establece el protocolo vigente del Ministerio de Salud, las personas que presenten síntomas compatibles con COVID-19, deben permanecer en sus domicilios y contactarse telefónicamente con su cobertura médica o con el

SAME, llamando al 107 (en CABA) o al 148 (en la provincia de Buenos Aires).

El Ministerio de Salud ha definido los protocolos de atención correspondientes, que determinan que la persona debe permanecer en aislamiento hasta que se confirme o descarte el diagnóstico.

Tenga presente que no cumplir con el aislamiento está penalizado, de acuerdo con el Art. 205 del Código Penal.

La presente declaración jurada de salud tendrá una validez de 24hs.

La misma reviste el carácter de confidencial.

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

- ¿Presenta actualmente o presentó dentro de los últimos 10 días los siguientes síntomas?

SÍ NO

- En caso de respuesta afirmativa, indique la fecha de aparición de los síntomas:

- ¿Tuvo COVID-19?

SÍ NO

- En caso afirmativo, fecha de alta:

- ¿Presenta certificado?

SÍ NO

- ¿Es personal de salud o personal de fuerzas de seguridad o fuerzas armadas, brinda asistencia a personas mayores o trabaja en instituciones cerradas o de internación prolongada?

SÍ NO

- ¿En los últimos 10 días estuvo en contacto estrecho con un caso confirmado de COVID-19?

SÍ NO

Declaro bajo juramento todas las respuestas anteriormente concebidas como fehacientes.

.....
FIRMA

.....
FECHA



DEPARTAMENTO DE DEPORTES

Buenos Aires,.....

APELLIDO Y

NOMBRE:.....**DNI:**.....**EDAD:**.....

FECHA DE

NAC:.....**DOMICILIO:**.....**LOCALIDAD:**.....

T.E:.....**T.ECELULAR:**.....**T.E de Emergencia:**.....

COBERTURA MEDICA:.....**NºAFILIADO:**.....

FACULTAD/UNIVERSIDAD:.....

ALUMNO.....

DOCENTE.....

GRADUADO.....

INVITADO.....

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD:

¿Tiene alguna enfermedad que requiera tratamiento o control médico? **SI NO**

¿Cuál?.....

¿Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? **SI NO**

¿Porqué?.....

ENFERMEDADES QUE PADECE:

*ALERGIAS

*ASMA

*HIPERTENSION

*CARDIOPATIAS

*DIABETES

*EPILEPSIA

*SOPLOS CARDIACOS

*ANTECEDENTES DE TRAUMATISMO

*HERNIAS

*INFECCIOSAS

*CIRUGIAS PREVIAS

*PATOLOGIA DE COLUMNA

*OTRAS/COMENTARIOS.....

.....

.....

DEPORTES A REALIZAR:.....

Declaro expresamente hacerme responsable de cualquier accidente, daño o perjuicio que pudiera sufrir o producir, durante el aprendizaje, la práctica, competencia, exhibición y toda acción vinculada al deporte en la que interviniera, librando en consecuencia de toda responsabilidad a mis profesores, a la institución donde llevo a cabo mis prácticas y demás entidades rectoras del deporte.

Asimismo declaro bajo juramento que los datos consignados en la presente ficha tienen carácter de declaración jurada y se adjuntan a la realidad y me comprometo a mantenerlos actualizados en caso de variar alguno de ellos.

.....

.....

FIRMA

ACLARACION