



## DECLARACION JURADA DE SALUD

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 el **“paciente” 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.

**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?**

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
Neumonía	SI	NO
Cefalea	SI	NO
Diarrea y/o vómitos	SI	NO

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

**¿Tuvo COVID-19? (hisopado positivo con o sin síntomas)** SI NO

En caso afirmativo, ¿presenta certificado de alta? SI 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?** SI NO

**¿En los últimos 14 días estuvo en contacto estrecho con un caso confirmado de COVID-19?** SI NO

**DATOS DE LA PERSONA QUE INGRESA**

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

Nombre y Apellido: .....

DNI: .....

Teléfono de contacto:.....

Firma:.....

---

**Club de Gimnasia y Esgrima**

Secretaría Gral.: Bartolomé Mitre 1149 2° piso (1036) Ciudad Autónoma de Buenos Aires  
Tel. 4382-0031 al 34 - Int. 157 E-mail: secretaria@geba.org.ar