



DECLARACIÓN JURADA DE SALUD – CORONAVIRUS COVID-19

Estimado visitante entregue esta declaración completa y firmada cuando ingrese en el parque.

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 148 (en la provincia de Buenos Aires).

*CASO SOSPECHOSO: toda persona que presente fiebre (37.5° o más) y uno o más de los síntomas respiratorios de COVID-19 (dolor de garganta, tos, dificultad respiratoria, pérdida del olfato o pérdida del gusto de reciente aparición), que resida o haya transitado en zonas de transmisión local en Argentina.

El Ministerio de Salud ha definido protocolos y lugares de atención determinados. Recuerde que no cumplir con el aislamiento está penalizado por el DNU art. 205 y 239. Leído y notificado según párrafos precedentes, procedo a completar la siguiente Declaración Jurada:

¿Presenta alguno de 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 |

¿Es personal de salud o personal de fuerzas de seguridad o fuerzas armadas, o brinda asistencia a personas mayores?

SI NO

DATOS DE LA PERSONA QUE INGRESA

Fecha: / / HORA:.....

Apellido: Nombre:

Firma: DNI:

Domicilio:

DATOS DEL FIRMANTE (En caso de actuar en representación)

Firma: Aclaración:

DNI: Domicilio:

Carácter -madre/padre, tutor, curador, otro (especificar)-:.....