

De acuerdo con los hechos de público conocimiento y a las recomendaciones establecidas por el Ministerio de Salud de la Nación y la OMS en referencia al Covid-19, y por cuestiones de seguridad para los usuarios y personal interno, toda persona que ingresa al CeDInCI debe completar este formulario en carácter de declaración jurada.

DDJJ (marque con una cruz lo que corresponda)

FECHA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

	Sí	No
¿Estuvo en contacto estrecho con alguna persona sospechosa o confirmada de Covid-19 en los últimos 15 días?		
¿Presentó fiebre en las últimas 48 hs.?		
¿Presentó tos en las últimas 48 hs.?		
¿Presentó expectoración en las últimas 48 hs.?		
¿Presentó pérdida de gusto en las últimas 48 hs.?		
¿Presentó olfato en las últimas 48 hs.?		
¿Presentó dolor de garganta en los últimos 14 días?		
¿Presentó dolor de cabeza en las últimas 48 hs.?		
¿Presentó diarrea y/o vómitos en las últimas 48 hs.?		

Contamos con su colaboración para seguir ofreciendo atención a todas las personas.

### Datos personales

Apellido y nombre:

DNI:

Domicilio:

Teléfono de contacto:

Mail:

Firma: