

Nombre del salón de eventos

Dirección del salón de eventos

Detalle del evento

Fecha: _____ Hora del evento: _____ Mesa N°: _____

Nombre y apellido: _____ DNI: _____

Dirección: _____ Localidad: _____

Teléfono de contacto: _____ Email: _____

Marcar según corresponda SI/NO:

SI NO

1	¿Se encuentra dentro del grupo de riesgo?											
2	¿Usted o algún miembro de su familia ha regresado en los últimos 14 días de algún país del exterior?											
3	¿Se encuentra cursando el aislamiento domiciliario por diagnóstico de COVID-19?											
4	¿Se encuentra cursando el aislamiento domiciliario por contacto estrecho de COVID-19?											
5	¿Usted actualmente posee alguno de los siguientes síntomas? Indique cual/es:											
	SI		NO		SI		NO		SI		NO	
	Fiebre (>37,5°C)				Dificultad para respirar				Vómitos			
	Tos				Pérdida del gusto				Diarrea			
	Dolor de garganta				Pérdida del olfato				Cefalea			

Firma: