# Declaración Jurada-Informe de Salud COVID-19”

**“Sección Centro de Entrenamiento Esteban Echeverría” 2022**

Curso n°:…………… Fecha: ………/………/……………

Apellido y Nombres:………………..…………............…………Legajo Personal: …………………..

Jerarquía:……………………………..….……………Dependencia:……………………………………

Tel. Celular…………………………… Tel. Laboral:…………………..DNI…………………………….

Domicilio: …………………………………………..…….……Localidad……………………………..…

En caso de emergencia avisar a: Apellido y Nombre:………………………………………………..

Parentesco:…………….……. Tel.: ……………Dirección:………………………………................

**CUESTIONARIO PARA SER COMPLETADO POR EL CURSANTE:**

Estuvo dentro de las 14 días previos en contacto estrecho con personas con síntomas y/o casos confirmados de infección por coronavirus COVID-19?........ SI…….NO

Está vacunado contra el COVID-19: ….SI…..NO…..Cuando………………….

Padece algunos de los siguientes síntomas compatibles con COVID-19 según la OMS?

AUSENCIA DE OLFATO:………………….…..SI..……..NO….

AUSENCIA DE GUSTO………………………..SI.….…..NO….

TOS SECA……………………………………. . SI….…..NO….

SECRECIONES Y/O GOTEO NASAL……... SI….…..NO….

DOLOR Y/O PICAZÓN DE GARGANTA.….…SI….…..NO….

DOLOR DE CABEZA…………………………. SI…..…..NO….

DIARREA……..……………………….. …….. .SI….……NO….

FIEBRE + 37.5 ºC…………………………… . SI……….NO….

FATIGA CORPORAL GENERALIZADA…..…SI……….NO….

MALESTAR CORPORAL GENERAL…….…..SI……….NO….

CANSANCIO Y/O DEBILIDAD………………..SI……….NO….

DIFICULTAD PARA RESPIRAR………….…..SI…..……NO….

CONJUNTIVITIS………………………..….…..SI……..…NO….

**Declaro asumir la responsabilidad que ante alguna de las sintomatologías descriptas anteriormente compatibles con COVID-19 según la O.M.S. y el Ministerio de Salud de la Nación Argentina y/o haber estado en contacto con alguna persona con caso confirmado de infección por COVID-19, saber que no puedo permanecer en las instalaciones del Centro de Entrenamiento Esteban Echeverria para evitar poner en riesgo de contagio a otros y que debo dar conocimiento de lo anterior a mi superior directo y a los organismos sanitarios correspondientes**.

**En caso de ser afirmativo alguno de los puntos mencionados en el cuestionario, será excluido del curso por tal situación, debiendo presentarse al nosocomio que corresponda a fin de realizarse el hisopado pertinente e informar de manera inmediata a su dependencia**

Firma…………………………………….......................... Lugar y Fecha: …………………………………………...