

Declaración Jurada de Salud Periódica

Nombre y apellido del alumno/a: _____ Sede: _____

Consigne SI o NO en la columna correspondiente	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
SÍNTOMA	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Temperatura corporal (Indicar en grados)													
Marcada pérdida de olfato de manera repentina													
Marcada pérdida de gusto de manera repentina													
Tos													
Dolor de garganta													
Dificultad respiratoria o falta de aire													
Cefalea													
Mialgias													
Diarreas / vómitos													
OTRAS CONDICIONES													
En el hogar hay una persona que sea caso sospechoso o confirmado de COVID 19													
En el hogar hay alguna persona que viajó a zona de ASPO en los últimos 14 días													
<p>Declaro que la/el estudiante no tiene ninguna enfermedad crónica que requiera ser dispensado de la actividad presencial.” Debe tenerse presente que, en caso de temperatura corporal mayor a 37.5º o dos síntomas, o presencia de un caso sospechoso o confirmado COVID en el hogar o un miembro conviviente viajó a zona de ASPO, el estudiante no podrá ingresar al establecimiento.</p>													
Firma y aclaración de madre/padre/tutor													

