

FORMULARIO DE AUTORREPORTE DE CASO COVID POSITIVO CON ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO CON SINTOMAS LEVES y SIN FACTORES DE RIESGO

(Se considera en este grupo a las personas con menos de 5 meses de completado el esquema inicial de 2 dosis o aplicada dosis de refuerzo y ADEMÁS tiene menos de 60 años y/o no tiene factores de riesgo tales como Diabetes/ Obesidad/ Enfermedad Cardiovascular/ Enfermedad Renal ó Hepática ó Respiratoria Crónica, VIH positivos, personas en lista de espera de transplante, pacientes oncológicos recientes o activos, Síndrome de Down, personas inmunocomprometidas, embarazadas, discapacidades severas)

DECLARACIÓN JURADA AISLAMIENTO POR 7 (SIETE) DIAS

| Nombre y Apellido del Declarante: | | | | | | |
|---|--|---|--|--|---|---|
| DNI: | | | | cimiento: | | |
| Teléfono de con | tacto | | | | | |
| Domicilio | en | el | cual | cumplirá | el | aislamiento: |
| CON COVID 19 RIESGOS Y TI aislamiento obli y que los 3 (tres generales de pr de riesgo. Declaro mis ob domicilio arriba médica. Declaro MI CON DESDE LAS 48 puedan dar efec Declaro que er respiratoria, agi mi prestador sal Declaro que tra Declaro que tra Declaro que tra Declaro que tra | n el día . P, NO PRI ENGO ES gatorio po dias signi rotección, oligaciones menciona MPROMIS HORAS ctivo cump n el caso tación, do nitario hab abajo en oresentaré ibe, por n | ESENTO NII SQUEMA DE or 7 (siete) d uientes obse evitando – e s en relació ado y que r SO DE AVIS PREVIAS A olimiento al a o de preser olor de pech oitual o me c debidamen nedio de la p | P HE PRESINGUNA CONE VACUNACI fas desde la fervaré con matern particular describent de la | SENTADO SINTOMIDICION QUE ME ION COMPLETO, fecha señalada y ha iyor dedicación el contacto con produce del mismo sa ERSONAS CON LA MIS SÍNTOMAS a eventivo, hiento de mis sínte ación de cualquier | INCLUYA E por lo cual asta el cumplimiento ersonas que que deber alvo que rec AS QUE TU los fines de comas tales síntoma me | deberé cumplir// de las medidas e tienen factores é cumplir en el quiera asistencia VE CONTACTO e que las mismas como dificultad e contactaré con e copia de esta |
| Firma y aclaraci | ón | | | | | |