

Declaración Jurada de buen estado de salud para huéspedes

¿Presenta alguno de los siguientes síntomas? (TACHAR LO QUE NO CORRESPONDA)

Fiebre (37.5º o más)	SI	NO
Dolor de garganta	SI	NO
Tos	SI	NO
Dificultad respiratoria	SI	NO
Pérdida del olfato	SI	NO
Pérdida del gusto	SI	NO
Ha tenido contacto en los últimos 15 días con personas residentes de zonas con covid 19 o con alguno de los síntomas detallados anteriormente?	SI	NO

DATOS DE LA PERSONA QUE INGRESA

Fecha: / /

Apellido:

Nombre:

Firma:

DNI:

Domicilio:

DATOS DEL FIRMANTE (En caso de actuar en representación)

Firma:

Aclaración:

DNI:

Domicilio:

Carácter -madre/padre, tutor, curador, otro (especificar)-:.....