



"Año de la Universalización de la Salud"

DECLARACION JURADA DE SALUD

Nombre y Apellidos:

Documento de identidad (DNI) / (Pasaporte):

Domicilio:

Número de teléfono:

Correo electrónico:

Declaro bajo juramento, que no presento en el momento actual signos ni síntomas respiratorios compatibles con COVID-19 y que no he estado expuesto a personas con la enfermedad o con los mismos síntomas en los últimos 14 días.

Fecha _____

Hora _____

SIGNO/SINTOMA	SI	NO
Perdida del sentido de olfato y del gusto		
Fiebre		
Dolor de garganta		
Dolores musculares		
Tos		

FIRMA

La falsedad de lo anteriormente declarado, será sujeto a las medidas legales pertinentes.