

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

Escuela Sec. Nº 48 PARANA, ENTRE RIOS

CUE. Nº 3002652

Fecha: / / 21

DATOS DE EL/LA ESTUDIANTE

Nombre completo y apellido:

DNI:

Dirección:

Teléfono de referencia:

Marqué lo que corresponda:

¿Ha viajado el/la estudiante, o su grupo de convivencia al exterior en los últimos 14 días? **SI** **NO**

¿Ha estado el/la estudiante, o su grupo de convivencia en contacto con viajeros/as del exterior en los últimos 14 días? **SI** **NO**

En caso de presentar síntomas tales como: dolor de garganta, tos, resfrío, fiebre, dificultad para respirar, pérdida de gusto u olfato, vómitos, diarrea, o cualquier otro síntoma de gripe, problemas para respirar, debe comunicarlo a la Institución.

¿Presenta el/la estudiante o su grupo de convivencia actualmente uno o varios de estos síntomas?

SI **NO**

En caso afirmativo, especifique: _____

¿Hubo personas en su grupo de convivencia que hayan presentado estos síntomas en estos últimos 14 días?

SI **NO**

En caso afirmativo, especifique: _____

¿Se encuentra el/la estudiante dentro de las siguientes categorías?: embarazadas, pacientes bajo tratamiento oncológico, inmunosuprimidos, personas con enfermedades respiratorias crónicas, cardiovasculares, diabéticos/as, personas con obesidad mórbida, personas con insuficiencia renal crónica.

SI **NO**

En caso afirmativo, especifique las categorías y las personas: _____

En caso afirmativo deberán presentar sin excepción: Certificado médico legible, indicando fecha de emisión, diagnóstico, período de sugerencia de reposo y tratamiento instituido expedido por el médico tratante, con 48 horas posteriores a la solicitud.

Declaro bajo juramento que los datos consignados en este formulario son correctos y completos y que he confeccionado esta declaración acerca del/la estudiante, siendo fiel expresión de la verdad.

Firma y aclaración de padre/madre/tutor