



DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

MIS DATOS

NOMBRE: *

APELLIDO: *

DNI: *

Nº DE SOCIO:

NACIMIENTO: *

GÉNERO: *

NACIONALIDAD: *

PROFESIÓN / OCUPACIÓN: *

DOMICILIO: *

E-MAIL: *

ANTECEDENTES DE SALUD

¿Tuvo contacto con una persona enferma de coronavirus (COVID-19)? *

- SI
 NO

¿Ha estado en el extranjero en los últimos 14 días? *

- SI
 NO

¿Ha estado expuesto a grupos humanos numerosos desconocidos sin respetar la distancia social establecida? *

- SI
 NO

¿Permaneció en lugares cerrados con grupos humanos numerosos por más de 30 minutos seguidos, respetando o no la distancia social? *

- SI
 NO

Actualmente, ¿Ud. presenta alguno de estos síntomas?

- TOS
 DIFICULTAD RESPIRATORIA
 FIEBRE
 DOLOR DE GARGANTA
 SECRECIONES NASALES
 DOLOR MUSCULAR
 MANCHAS EN LA PIEL
 DOLOR DE CABEZA
 NAUSEAS / VÓMITOS
 DOLOR ARTICULAR

 NO PRESENTO NINGÚN SÍNTOMA

Informar aquí alguna patología respiratoria preexistente:

FECHA / / .

FIRMA Y ACLARACION