



Federación
te enamora 

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

De acuerdo con lo que establece el protocolo vigente del Ministerio de Salud de la Nación y el Decreto Municipal Nro 1076/2020, los pacientes que presenten síntomas compatibles con COVID-19, deben permanecer en sus domicilios y contactarse telefónicamente con su cobertura médica o con el servicio de emergencias de su localidad.

El Ministerio de Salud ha definido los protocolos de atención correspondientes, que determinan que el paciente debe permanecer en aislamiento hasta que se confirme o descarte el diagnóstico. Tenga presente que no cumplir con el aislamiento está penalizado, de acuerdo con el Art. 205 del Código Penal.

Leído y notificado según párrafos precedentes, procedo a completar la Declaración Jurada.

¿Presenta alguno de los siguientes síntomas?

- | | | |
|-------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Fiebre (37,5° o más) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Dolor de garganta | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Tos | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Dificultad respiratoria | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Perdida de olfato | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Perdida de gusto | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Neumonía | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

En los últimos 14 días, ¿estuvo en contacto estrecho con un caso confirmado de COVID-19?
SI NO

Seguro de Viaje o Cobertura Médica

SI NO

Nro. de Socio/Afiliado/Cobertura:

.....

DATOS DEL PARTICIPANTE

Apellido:

Nombre:

DNI/Pasaporte:

Domicilio:

Tel. de Contacto:

E.Mail:

Por la presente declaro bajo juramento:

- a) la veracidad de los datos suministrados y que me doy por notificado y acato los puntos anteriores
- b) que cuento con un seguro de salud, seguro de viaje o los medios económicos necesarios para que, en caso de presentar síntomas, pueda efectivizar de forma inmediata mi salida de la ciudad o cubrir mis gastos de estadía en caso de tener que permanecer en ella
- c) conozco y me comprometo a cumplir el Protocolo Preventivo de la presente Prueba de natación en aguas abiertas.

Firma:

(Titular o Tutor)

Fecha:/...../.....