

DECLARACIÓN JURADA (de acuerdo al Protocolo de Prevención)

Previo a la sesión presencial en el consultorio, el paciente o su representante legal (si es menor) deberá completar el siguiente formulario con carácter de Declaración Jurada:

Responder SI o NO: el paciente:

- 1- Ha tenido fiebre.
- 2- Ha tenido dificultades respiratorias.
- 3- Ha presentado síntomas como: Tos seca, malestar general, dolor de garganta, resfríos
- 4- Ha tenido conjuntivitis, malestar ocular.
- 5- Ha viajado o tenido contacto con personas fuera del país.
- 6- En los últimos 14 días ha estado en contacto estrecho con un caso confirmado de COVID-19.
- 7- Ha viajado o residido en zonas de alta transmisión local (comunitaria / conglomerados) de COVID-19 en Argentina.
- 8- Ha tenido diagnóstico reciente de neumonía.
- 9- Alguna persona del grupo conviviente ha presentado alguno de estos síntomas.
- 10- Presenta del sentido del olfato en los últimos 7 a 14 días.
- 11- Ha tenido falta de gusto en los últimos 7 a 14 días.
- 12- Tiene la necesidad de atención urgente.
- 13- Motivo de atención.

SI PRESENTA ALGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS: TEMPERATURA (37,5° o más), TOS SECA, DOLOR DE GARGANTA, FALTA DE GUSTO, FALTA DE OLFATO **NO DEBE CONCURRIR A LA SESIÓN.**

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS CONFIRMADOS EN

FIRMO LA PRESENTE “DECLARACIÓN JURADA” EN MI CARÁCTER DE PACIENTE O DE (madre/ padre/tutor) DE (nombre del paciente), PREVIO A LA ATENCION PROFESIONAL.

ASIMISMO ME HAGO RESPONSABLE DE LA VERACIDAD DE LA INFORMACION AQUÍ BRINDADA Y ANTE CUALQUIER INCONVENIENTE QUE SURJA DE LA VERACIDAD DE ELLA.

Lugar: Fecha: / /2020

Nombre y Apellido (del Responsable):

D.N.I.: Teléfono:

Firma del Responsable:

**Recibida la presente DECLARACIÓN JURADA en la....., el ...
de..... de 2020 (ciudad)**

Firma y sello del Profesional.....