

CCK DECLARACIÓN DE SALUD COVID 19

Nombre y Apellido:

DNI:

Teléfono:

1. Tiene antecedente de viaje al exterior en los últimos 10 días.		
2. Usted ha tenido contacto con alguna persona enferma de Coronavirus o caso sospechoso de Covid 19 en los últimos 14 días.		
3. Presentó durante los últimos 14 días o presenta actualmente alguno de estos síntomas: Fiebre (37,5 o más) tos, dolor de garganta, dificultad para respirar, anosmia o disgeusia (alteraciones en el gusto u olfato), mialgias, cefalea, diarrea y/o vómitos.		
4. Tiene antecedente de Patología Crónica (Asma, diabetes, patologías cardiacas, otra).		

Declaro que los datos aportados son correctos y me comprometo a notificar al Departamento de Servicio Médico cualquier modificación de los mismos.

Firma:

Fecha: