



DECLARACION JURADA DE SALUD - COVID-19

De acuerdo con lo que establece el protocolo vigente del **Ministerio de Salud**, los pacientes que puedan ser un **CASO SOSPECHOSO**, deben permanecer en sus domicilios y contactarse con el SAME a la línea 107 (en CABA) o a la línea 148 (en la provincia de Buenos Aires). Recuerde que no cumplir con el aislamiento está penalizado por los arts. 205, 239 y concordantes del **Código Penal de la Nación Argentina**, conforme lo indicado tanto por el DNU N° 260/20 como por el DNU N° 297/20.-

El padre, madre o tutor del menor _____,
DNI N° _____ **DECLARA** que al momento de la inscripción del colono, el mismo no tiene temperatura superior a los 37,5° c, ni falta de olfato y gusto ni dos o más de los siguientes síntomas: tos; dolor de garganta; dificultad respiratoria; cefalea; mialgias y diarrea o vómitos. Basta sólo uno de estos últimos síntomas cuando el colono sea contacto estrecho de caso confirmado de **COVID-19**, dentro de los 14 días posteriores al contacto. -

Asimismo, **DECLARA** que el colono no convive con una persona actualmente caso confirmado de **COVID 19** y que no pasó en los últimos 14 días al menos 15 minutos cerca de una persona que actualmente es caso confirmado de **COVID 19**.

El padre, madre o tutor se compromete a informar cualquier síntoma o contacto estrecho con cualquier paciente y/o potencial enfermo de **COVID-19**, en cuyo caso se procederá a la suspensión de la matrícula asignada a ese niño, hasta obtener el alta médica del mismo que capacite a retomar la concurrencia al establecimiento

DATOS DEL PADRE, MADRE O TUTOR

Fecha: / /

Apellido:

Nombre:

DNI:

Domicilio:

Teléfono de contacto:

Firma: