

La siguiente declaración jurada está dirigida a familiares y allegados de las personas afiliadas que ingresen a establecimientos de permanencia prolongada o temporal con el objetivo de disminuir el riesgo de contagio de coronavirus (Covid-19).

1) INFORMACIÓN PERSONAL

a) APELLIDO:

b) NOMBRE:

c) DNI N° o DOCUMENTO QUE ACREDITE IDENTIDAD:

d) CORREO ELECTRÓNICO:

TELÉFONO:

e) ¿ES PERSONA AFILIADA? Si/No:

f) MOTIVO DE INGRESO:

2) ANTECEDENTES DE VIAJES EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS

(Para familiares/responsables o personas en general que concurran de visita o bien para personas afiliadas que participen en actividades ambulatorias)

a) Señale si estuvo en alguno de las *zonas que se detallan a continuación:

(Marque con una cruz)

- | | | |
|----------------|--------------------------|-------|
| CHINA | <input type="checkbox"/> | |
| COREA DEL SUR | <input type="checkbox"/> | |
| JAPÓN | <input type="checkbox"/> | |
| IRÁN | <input type="checkbox"/> | |
| EUROPA | <input type="checkbox"/> | |
| ESTADOS UNIDOS | <input type="checkbox"/> | |
| CHILE | <input type="checkbox"/> | |
| BRASIL | <input type="checkbox"/> | |
| OTRO | <input type="checkbox"/> | Cuál? |
| NINGUNO | <input type="checkbox"/> | |

3) ANTECEDENTES DE SALUD

(Para familiares/responsables o personas en general que concurren de visita o bien para personas afiliadas que participen en actividades ambulatorias)

a) Tuvo contacto con alguna persona enferma de CORONAVIRUS (Covid-19) SI NO

b) Actualmente, ¿usted presenta alguno de estos síntomas?

(Marque con una cruz)

- | | |
|----------------------------|--------------------------|
| FIEBRE | <input type="checkbox"/> |
| ASTENIA (malestar general) | <input type="checkbox"/> |
| TOS | <input type="checkbox"/> |
| DIFICULTAD RESPIRATORIA | <input type="checkbox"/> |
| DOLOR DE GARGANTA | <input type="checkbox"/> |
| SECRECIONES NASALES | <input type="checkbox"/> |
| DOLOR MUSCULAR | <input type="checkbox"/> |
| DOLOR DE CABEZA | <input type="checkbox"/> |
| DOLOR ARTICULAR | <input type="checkbox"/> |
| MANCHAS EN LA PIEL | <input type="checkbox"/> |
| NAÚSEAS/VÓMITOS | <input type="checkbox"/> |

Yo declaro bajo juramento que los datos proporcionados son verídicos y que al momento de suscribir la presente NO manifesté síntomas de CORONAVIRUS (COVID -19), ni tuve contacto con ningún nexo epidemiológico.

Es dable destacar que el Artículo 205 del Código Penal de la Nación fija pena de prisión de seis meses a dos años “al que viole las medidas adoptadas por las autoridades competentes para impedir la introducción o propagación de una epidemia”. Asimismo, el Artículo 239 reprime “con pena de prisión de 15 días a un año al que resiste o desobedece a un funcionario público en el ejercicio legítimo de sus funciones o a la persona que le preste asistencia o requerimiento en virtud de una obligación legal”. En tal sentido, este Instituto a través de sus autoridades, así como los prestadores por sí mismos, tienen la obligación de poner en conocimiento a las Fuerzas de Seguridad y/o a la Fiscalía de turno de su jurisdicción de cualquier hecho, acción u omisión que encuadre en los tipos penales mencionados en el párrafo precedente.

A los días del mes de 2020

FIRMA:

ACLARACIÓN:

DNI: