

INSCRIPCION Y DECLARACION JURADA POR COVID -19

1. INFORMACION DE ADMISION

FECHA	NOMBRE Y APELLIDO	D.N.I.	EDAD	DOMICILIO	TEL.CONTACTO	Tº

Nro.	Pregunta	SI	NO
1.-	¿Ha desarrollado en los últimos 5 días episodios febriles con temperatura mayor a los 37,5º, tenido cefalea, diarrea, perdida de olfato o del gusto, tos o dificultad respiratoria?		
2.-	En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto con personas sospechosas o confirmadas de COVID-19?		
3.-	En los últimos 14 días, ¿ha permanecido o visitado alguno de los hospitales COVID-19 en el ámbito de República Argentina.		
4.-	¿Ha estado expuesto a grupos humanos numerosos desconocidas sin respetar la distancia social establecida?		
5.-	¿Permaneció en lugares cerrados con grupos humanos numerosos por más de 30 minutos seguidos, respetando o no la distancia social?		

FIRMA DE PADRE MADRE O TUTOR	FIRMA DE ALUMNO/A
------------------------------	-------------------

FECHA	Tº

Nro.	Pregunta	SI	NO
1.-	¿Ha desarrollado en los últimos 5 días episodios febriles con temperatura mayor a los 37,5º, tenido cefalea, diarrea, perdida de olfato o del gusto, tos o dificultad respiratoria?		
2.-	En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto con personas sospechosas o confirmadas de COVID-19?		
3.-	En los últimos 14 días, ¿ha permanecido o visitado alguno de los hospitales COVID-19 en el ámbito de República Argentina.		
4.-	¿Ha estado expuesto a grupos humanos numerosos desconocidas sin respetar la distancia social establecida?		
5.-	¿Permaneció en lugares cerrados con grupos humanos numerosos por más de 30 minutos seguidos, respetando o no la distancia social?		

FIRMA DE PADRE MADRE O TUTOR	FIRMA DE ALUMNO/A
------------------------------	-------------------