



## ANEXO UNICO



La Plata

	<b>DECLARACION JURADA por Covid 19</b> Para desarrollo de prácticas deportivas	
--	---	--

Datos Personales				
Apellido y Nombre				
Nº documento		Edad		
Domicilio		Numero de celular		
Unidad funcional				
Estado Sintomático				
Presenta alguno de los siguientes síntomas de salud				
Fiebre superior a 38 °	<input type="checkbox"/>	<b>SI</b>	<input type="checkbox"/>	<b>NO</b> Temperatura medida:
Tos seca	<input type="checkbox"/>	<b>SI</b>	<input type="checkbox"/>	<b>NO</b>
Dolor de garganta	<input type="checkbox"/>	<b>SI</b>	<input type="checkbox"/>	<b>NO</b>
Falta de aire	<input type="checkbox"/>	<b>SI</b>	<input type="checkbox"/>	<b>NO</b>
Colitis o dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	<b>SI</b>	<input type="checkbox"/>	<b>NO</b>
Malestar general	<input type="checkbox"/>	<b>SI</b>	<input type="checkbox"/>	<b>NO</b>
Anosmia	<input type="checkbox"/>	<b>SI</b>	<input type="checkbox"/>	<b>NO</b>
Otros síntomas	<input type="checkbox"/>	<b>Si</b>	<input type="checkbox"/>	<b>NO</b> Especificar:
¿Estuvo en contacto con el paciente positivo de COVID-19?			<input type="checkbox"/>	<b>SI</b>
			<input type="checkbox"/>	<b>NO</b>
<p><b>Declaro bajo juramento que el presente formulario lo he completado verazmente de puño y letra. Asumo las consecuencias legales que pudiera acarrear el falseamiento de información. En caso de variar algún dato de los expresados me comprometo a comunicarlo con urgencia en resguardo de mi integridad y la de toda la comunidad.</b></p>				
<p>_____</p> <p>Firma, aclaración y DNI</p>				
Fecha y Hora				