



ANEXO UNICO

	DECLARACION JURADA por Covid 19 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"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	Temperatura medida:		
Tos seca	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO			
Dolor de garganta	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO			
Falta de aire	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO			
Colitis o dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO			
Malestar general	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO			
Anosmia	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO			
Otros síntomas	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	Especificar:		
¿Estuvo en contacto con el paciente positivo de COVID-19?							
				<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<i>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.</i>							
<hr style="width: 50%; margin: auto;"/> Firma, aclaración y DNI							
Fecha y Hora							