



DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

Nombre y apellido del alumno:

Año que cursa:

Fecha que firma la declaración jurada:.....

Temperatura corporal:

SÍNTOMAS (*marcar lo **que corresponda***):

Marcada pérdida de olfato de manera repentina:	SI / NO	Marcada pérdida de gusto de manera repentina:	SI / NO
Tos	SI / NO	Dolor de garganta	SI / NO
Dificultad respiratoria o falta de aire	SI / NO	Cefalea	SI / NO
Mialgias	SI / NO	Diarreas:	SI / NO
Vómitos	SI / NO		

Marcar lo que corresponda:

En el hogar hay alguna persona que sea caso sospechoso o confirmado de Covid 19?: **SI / NO**

En el hogar hay alguna persona que viajó a zona de ASPO en los últimos 14 días?: **SI / NO**

Declaro que la/el estudiante no tiene ninguna enfermedad crónica por la que requiera ser dispensado de la actividad presencial.

Debe tenerse presente que en caso de temperatura corporal mayor a 37.5° o dos síntomas, o presencia de un caso sospechoso o confirmado Covid 19 en el hogar o un miembro conviviente que haya viajado a zona de ASPO, el estudiante no podrá ingresar al establecimiento ni al transporte escolar.

Firma del padre/madre/responsable:.....

Aclaración:.....

D.N.I. N°: