

 **NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DECLARACION JURADA DE SALUD HUESPED**

DEBE SER LLENADA POR CADA INTEGRANTE DEL GRUPO QUE INGRESA

|  |  |
| --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA QUE INGRESA** | **DATOS DEL FIRMANTE (o representante del** |
|  |  |  | **huésped)** |  |   |
| FECHA DE INGRESO: |  |  |  |   |
| FECHA DE EGRESO:  | FIRMA:………...…………………..……………….. |
|  APELLIDO:  |  |  |  |  | ACLARACION:……………………………………. |
|  NOMBRE:  |  |  |  |  | DNI:…………………………………….………. |
| FIRMA :………………………………….. | DOMICILIO:……………...…………………… |
| DNI:………………………………………. | CARÁCTER:-madre/padre, tutor,curador, otro |
| DOMICILIO:……………………………… | (Especificar)…………………………………….. |

De acuerdo con lo que establece el protocolo vigente del Ministerio de Salud, deberá responder las siguientes preguntas de la presente **DECLARACION JURADA ¿Presenta alguno de los siguientes síntomas?**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |  |  |  |  |  |  |  |   |
| Fiebre (37,5º o más) | SI |   | NO |   |  |  |   |
| Dolor de garganta | SI |   | NO |   |  |  |   |
| Tos |  | SI |   | NO |   |  |  |   |
| Dificultad respiratoria | SI |   | NO |   |  |  |   |
| Pérdida del olfato | SI |   | NO |   |  |  |   |
| Pérdida del gusto | SI |   | NO |   |  |  |   |
| Neumonia |  | SI |   | NO |   |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |   |

**Describa las ciudades y países donde ha permanecido en los últimos 14 dias**.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿En los últimos 14 días, estuvo en contacto estrecho con un caso confirmado de COVID-19? SI\_\_\_ NO\_\_\_**

**EN CASO QUE PRESENTE SINTOMAS COMPATIBLES CON COVID 19, DEBERA PERMANECER EN SU CABAÑA Y AVISAR AL ENCARGADO PARA ACTIVAR EL PROTOCOLO CORRESPONDIENTE A LO DISPUESTO POR LA COMUNA Y EL COE .**

.