

**DECLARACIÓN JURADA PARA INGRESO A LA CLÍNICA SAN CAMILO**

Fecha

...../...../.....

La presente declaración jurada se realiza en el marco del nuevo virus, **SARS-CoV-2**, que se transmite fácilmente entre humanos si no se toman las medidas preventivas adecuadas, se requiere dentro de la Emergencia Sanitaria, el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio decretados.

La Clínica San Camilo como institución de Alta Complejidad, está orientada a garantizar la calidad y seguridad de todo paciente que ingresa como así también del cuidado del personal asistencial y de la comunidad en general, siguiendo los protocolos establecidos por el Ministerio de Salud de la Nación y reglamentaciones Internacionales.

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE Y APELLIDO:

TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO:

FECHA DE NACIMIENTO:

NACIONALIDAD:

DOMICILIO:

Interrogatorio en marco de COVID-19**Responder fechas en
preguntas: C/D/E****A) Es Ud. Personal de Salud, Personal o Trabajador Esencial (24 categorías definidas por Ministerio de Salud y Gobierno Nacional), Personal al cuidado de adultos mayores o discapacitados, etc.**

NO

SI

B) Usted tiene o ha tenido en los últimos 14 días:

1. Fiebre, escalofríos, sudoración o dolores de cabeza.

NO

SI

2. Dolor de garganta o dificultad al tragar.

NO

SI

3. Síntomas respiratorios: mucosidad por nariz, tos, picazón en garganta, falta de aire.

NO

SI

4. Dificultad en percepción de gusto u olfato.

NO

SI

5. Cansancio, dolor muscular generalizado, dolor articular.

NO

SI

6. Deposiciones blandas o líquidas (diarrea).

NO

SI

7. ¿Viaje? Indicar el lugar. ¿Contacto dentro de los 14 días con alguien que lo hubiera hecho?

NO

SI

8. Contacto con alguien que esta o ha estado enfermo o con sospecha de COVID.

NO

SI

9. Contacto estrecho con alguien que está o se encontraba en aislamiento sanitario.

NO

SI

C) ¿Tuvo COVID-19?

NO

SI

D) Se realizó hisopado o test de COVID-19 recientemente

NO

SI

E) ¿Tiene esquema de vacunación completa para COVID-19?

NO

SI

.....
FIRMA.....
ACLARACIÓN.....
DNI