



ENCUESTA PARA HISOPADO POR VIAJE  
COVID-19

SCI-ENC-003

Página: 1 de 1

Versión: 00

Vigencia: ABRIL/2021

## DECLARACIÓN JURADA PARA HISOPADO PREVIO A UN VIAJE

Fecha

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

La presente **declaración jurada** se realiza en el marco del nuevo virus, **SARS-CoV-2**, el cual se transmite fácilmente entre humanos si no se toman las medidas preventivas adecuadas. Ante la emergencia Sanitaria por la Pandemia se han dispuesto una serie de normas y medidas las cuales debemos dar cumplimiento.

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.

DATOS PERSONALES
NOMBRE Y APELLIDO:
TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO:
FECHA DE NACIMIENTO:
NACIONALIDAD:
DOMICILIO:
Mail:
Teléfono:

Interrogatorio en marco de COVID-19	Responder FECHAS en preguntas: C/D/E		
<b>A) Es Ud. Personal de Salud, Personal o Trabajador <u>Esencial</u> (24 categorías definidas por Ministerio de Salud y Gobierno Nacional), Personal al cuidado de adultos mayores o discapacitados, etc.</b>	NO		SI
<b>B) Usted tiene o ha tenido en los últimos 14 días:</b>			
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
<b>C) ¿Tuvo COVID-19?</b>	NO		SI
<b>D) Se realizó hisopado o test de COVID-19 recientemente</b>	NO		SI
<b>E) ¿Se ha vacunado para COVID-19? 1 dosis / 2 dosis (aclarar en Sí cuantas dosis recibió)</b>	NO		SI

.....  
FIRMA

.....  
ACLARACIÓN

.....  
DNI