

### Cuestionario de Salud - COVID-19

Establecimiento:

Profesor a cargo:

Nombre y Apellido:

DNI:

**Por la presente expreso con carácter de declaración jurada que la información vertida en presente cuestionario de salud es real y me comprometo a informar cualquier cambio respecto de la misma.**

**Marque con una cruz en caso de respuesta afirmativa:**

1.	¿Se encuentra dentro del grupo de riesgo: mayores de 60 años, diabéticos, enfermedades respiratorias, embarazadas, ¿entre otros? Indique cuál/es:	
2.	¿Usted o algún miembro de su familia ha regresado en los últimos 14 días de algún país extranjero? País:	
3.	¿Usted o algún miembro de su familia tenga un historial de viaje o residencia de zonas de transmisión local, (ya sea comunitaria o conglomerados) de COVID-19 en Argentina? ¿Tiene dentro de su núcleo cercano personal sanitario o	
4.	¿Usted o algún miembro de su familia ha estado con alguna persona con COVID-19 confirmado en los últimos 14 días?	
5.	¿Usted o algún miembro de su familia posee alguno de los siguientes síntomas: ¿fiebre, tos, dolor de garganta o dificultad para respirar? Indique cuál/es:	

Lugar y Fecha:

Firma:

Aclaración: