

**DECLARACIÓN JURADA PARA PREVENIR CORONAVIRUS (COVID -19) - CONDICIONES DE SALUD**  
 (FORMULARIO PARA PRESTADORES EXTERNOS DE SERVICIOS A UNIDADES DIVISIONALES DEL CENTRO CIENTÍFICO TECNOLÓGICO DE BAHÍA BLANCA)

Este formulario debe ser completado por cada persona que deba ingresar a una unidad divisional. Todos los campos son obligatorios.

**1. INFORMACIÓN PERSONAL**

- 1) Apellido:
- 2) Nombre:
- 4) DNI / Pasaporte N°:
- 5) Fecha de Nacimiento:
- 6) Nacionalidad:
- 7) Correo Electrónico:
- 8) Teléfono:

**2. LUGAR DE TRABAJO**

Unidad Divisional donde prestará el servicio: **PLAPIQUI**

**3. ANTECEDENTES DE SALUD – Cuestionario de seguridad COVID-19**

El siguiente cuestionario tiene como objetivo obtener información para poder determinar si se encuentran o no en condiciones de salud para prestar el servicio. Seleccione la opción que corresponda:

- a) ¿Se encuentra dentro del grupo de riesgo: mayores de 60 años, diabéticos, enfermedades respiratorias, embarazadas, hipertensión, entre otros?  
 SI                      NO
  
- b) ¿Usted, algún miembro de su familia o personas con quien convive o frecuenta ha estado con alguna persona con COVID-19 confirmado en los últimos 14 días?  
 SI                      NO
  
- c) Actualmente, ¿Usted, algún miembro de su familia o personas con quien convive o frecuenta posee alguno de los siguientes síntomas?

SÍNTOMA	SI	NO
Fiebre superior a 37,5 °C		
Dificultad respiratoria		
Tos		
Dolor de garganta		
Secreciones nasales		
Dolor muscular		
Manchas en la piel		
Dolor de cabeza		
Nauseas / vómitos/diarrea		
Cansancio		
Anosmia (disminución del sentido del olfato),		
Hipogeusia (disminución del sentido del gusto)		

Yo..... DNI N° ..... de ocupación/profesión ..... , con domicilio en la calle ..... Por la presente declaro en carácter de declaración jurada que la información es veraz, manteniendo informada a la **Directora de PLAPIQUI** de cualquier modificación que se produzca.

Bahía Blanca, a los..... del mes de..... de 2021.

Firma:

Aclaración: