UNCUYO UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO | ECONÓMICA SECRETARÍA DE GESTIÓN ECONÓMICA Y DE SERVICIOS | HIGIENE DIRECCION DE HIGIENE Y SEGURIDAD LABORAL

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

FECHA / / 2020

APELLIDO Y NOMBRE _____

DNI _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

DOMICILIO _____

TEL. FIJO /CELULAR _____ CORREO ELECTRÓNICO _____

LEGAJO _____ PUESTO DE TRABAJO _____

TEL. CONTACTO EMERGENCIA _____ COBERTURA MÉDICA _____

MARQUE LA RESPUESTA CORRECTA

1. *Estuvo en los últimos 14 días fuera de la Provincia de Mendoza?* *SI* ☐ *NO* ☐

2. *Estuvo en contacto con personas que hayan regresado a la Provincia de Mendoza en los últimos 14 días por haber estado fuera de la misma?* *SI* ☐ *NO* ☐

3. *En caso afirmativo, detalle la siguiente información:*
   Detalle las ciudades/países que visitó: Fecha de finalización de viaje por el último lugar visitado:
   _____
   Si su vuelo hizo escalas indicar en qué lugares _____

4. *Ha estado en contacto con personas con un diagnóstico confirmado de COVID 19 en los últimos 14 días?* *Si* ☐ *NO* ☐
   En caso afirmativo, cuándo? _____

5. *Usted o alguna persona de su grupo conviviente, o persona de trato frecuente, presentó en los últinos 14 días fiebre (igual o mayor a 37.5ºC) y alguno de los siguientes síntomas como: tos, dolor de garganta y/o dificultad respiratoria, diarrea, anosmia (dificultad en el olfato)?*
   SI ☐ *NO* ☐

6. *Indique qué medio de transporte usa para llegar al puesto de trabajo (Particular-Público)*
   _____

Declaro bajo juramento que a la fecha no presento ninguno de éstos síntomas:fiebre (mayor/igual 37.5ºC) y alguno de los siguientes síntomas: tos, dolor de garganta,y/o dificultad respiratoria, diarrea, anosmia (dificultad en el olfato).
Declaro bajo juramento conocer y comprender las obligaciones de aislamiento y/o distanciamiento impuestas por las autoridades nacionales y/o la normativa de la Provincia de Mendoza, bajo apercibimiento de recibir las sanciones legalmente dispuestas para el caso de falsedad de mi declaración y/o incumplimiento de las medidas dispuestas.

FIRMA Y ACLARACIÓN _____

Esta planilla contiene información CONFIDENCIAL sometida a secreto médico. Su divulgación está prohibida por la ley.