

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

De acuerdo a lo establecido por el Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba le rogamos completar y firmar el siguiente cuestionario en carácter de declaración jurada con una anticipación máxima de 48hs previo a la fecha de su viaje para ser entregado en el momento del ingreso al hotel.

** Se deberá completar un formulario por persona*

¿Presenta alguno de los siguientes síntomas?

Fiebre (37,5° o más)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Dolor de garganta	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Tos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Dificultad respiratoria	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Pérdida del olfato	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Pérdida del gusto	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Dolores musculares	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Cefalea	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Diarrea/vómitos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

¿En los últimos 14 días ha estado en contacto estrecho con un caso confirmado de COVID-19?

SÍ NO

FECHA: ____/____/____

DATOS DE LA PERSONA QUE INGRESA:

Apellido y nombres: _____

DNI: _____ Domicilio: _____

Firma: _____

DATOS DEL FIRMANTE: (en caso de actuar en representación del huésped)

**Completar solo si corresponde*

Apellido y nombres: _____

DNI: _____ Domicilio: _____

Carácter (madre / padre / tutor / otro-especificar): _____

Firma: _____