



Declaración Jurada para ingreso de adultos al Establecimiento Educativo

Indique **SI** o **NO** si ha tenido al menos dos de los siguientes síntomas que se detallan a continuación en las últimas 24hs.:

- Fiebre superior o igual a 37,5° C. _____
 - Pérdida de olfato y/o gusto. _____
 - Tos seca. _____
 - Dolor muscular. _____
 - Dificultad respiratoria. _____
 - Dolor de cabeza. _____
- ¿Ha estado en contacto con alguien a quién le diagnosticaron COVID-19? _____
- ¿Estuvo en contacto cercano con alguien que tenía síntomas de COVID-19? _____

Si las respuestas son negativas (NO), la persona podrá ingresar. Si alguna de las respuestas son afirmativas (SI) la persona no podrá ingresar al establecimiento educativo.

Firma:

Aclaración:

DNI: