



**HOGAR POLICIAL DE ENTRE RÍOS**  
**DECLARACIÓN JURADA DE SALUD – CORONAVIRUS COVID-19**

A fin de brindar un servicio acorde con las necesidades y requerimientos de los socios del Hogar Policial y teniendo en cuenta la situación epidemiológica actual de acuerdo con lo que establece el protocolo vigente del Ministerio de Salud, en cuanto a que los pacientes que puedan ser un **CASO SOSPECHOSO de COVID 19**, deben permanecer en sus domicilios y contactarse con el centro de salud con la finalidad de recibir atención y activar protocolos., entendiéndose por **CASO SOSPECHOSO:** a toda persona que presente fiebre (37.5° o más) y uno o más de los síntomas respiratorios de COVID-19 (dolor de garganta, tos, dificultad respiratoria, pérdida del olfato o pérdida del gusto de reciente aparición), que resida o haya transitado en zonas de transmisión local en Argentina o en el extranjero.

El Ministerio de Salud ha definido protocolos y lugares de atención determinados. Recuerde que no cumplir con el aislamiento está penalizado por el DNU art. 205 y 239.

**DECLARACIÓN DE ASUNCIÓN DE RIESGOS Y DESLINDE DE RESPONSABILIDAD**

Si bien se trata de un Complejo abierto y es de mi conocimiento que se toman numerosas medidas de control al ingreso realizando todas las medidas sanitarias al alcance del Hogar Policial, reconozco y es de mi conocimiento, que siendo un virus de circulación comunitaria con casos asintomáticos existe la posibilidad de ser contagiado del virus Covid 19. Dicho riesgo fue por mí voluntariamente asumido desde que tomé la decisión de concurrir y alojarme en el Complejo, siendo que desde entonces asumo la eventual posibilidad de ser pasible de contagio. Atento a lo ya expuesto, declaro que exonero totalmente de cualquier responsabilidad a la entidad Hogar Policial.

**Leído y notificado según párrafos precedentes, procedo a completar la siguiente Declaración Jurada.**

A) He contraído el virus COVID -19 en los últimos 90 días	SI	NO
B) Ha recibido vacunación contra el COVID-19	SI	NO

Si la respuesta fuera positiva indique qué vacuna le fue suministrada y la fecha de la dosis:

---

---

---

C) ¿Presenta alguno de los siguientes síntomas?

*Fiebre (37.5° o más)	SI	NO
*Pérdida del olfato	SI	NO
*Pérdida del gusto	SI	NO
*Dolor muscular	SI	NO
*Dificultad respiratoria	SI	NO

Declaro que en el caso de presentar síntomas durante mi estadía, me comprometo a informarlo al establecimiento de forma inmediata, así como a consultar con mi prestador de salud y retirarme de la unidad y del Complejo en un plazo máximo de 6 horas.

DATOS DE LA PERSONA QUE INGRESA Fecha: ..... / ..... / ..... Hora: .....

Apellido: ..... Nombre: .....

DNI:.....

Domicilio:.....

Firma:..... Aclaración.....

DATOS DEL FIRMANTE (En caso de actuar en representación de un menor de edad)

Firma: ..... Aclaración.....

DNI: ..... Domicilio: .....

Carácter -madre/padre, tutor, curador, otro (especificar)-: