

Resistencia, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

***El presente cuestionario debe ser completado de manera personal en puño y letra, con carácter de Declaración Jurada por cada persona que deba ingresar a la Facultad Regional Resistencia.***

De acuerdo con los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud Pública de la Nación a los que adhirió el Gobierno Provincial del Chaco con el objetivo de detectar posibles casos sospechosos de **COVID 19**, le solicitamos responder el siguiente cuestionario:

1. ¿Ha tenido algunos de estos síntomas en los últimos 14 días?

Síntomas	SI	NO
Fiebre (37,5 °C o más)		
Tos seca		
Dificultad respiratoria		
Dolor de garganta		
Falta de olfato o gusto		
Conjuntivitis		
Cansancio		
Escalofríos		
Otros (especificar)		

***Observaciones: Marcar con X la respuesta en cada caso***

2. En los últimos 14 días, Ud., algún miembro de la familia o personas con quien convive o frecuenta ha estado en contacto con personas con COVID-19 positivo(CONFIRMADO POR TEST)

SI       NO

En los últimos 14 días, Ud., algún miembro de la familia o personas con quien convive o frecuenta ha estado en contacto con personas con Aislamiento Preventivo definido por la autoridad de Salud?

SI       NO

3. ¿Usted, algún miembro de la familia o personas con quien convive o frecuenta posee alguno de los siguientes síntomas: fiebre, tos, dolor de garganta, cansancio, dificultad para respirar, dolor de cabeza, anosmia (disminución del sentido del olfato), hipogeusia (disminución del gusto) o diarrea?

SI       NO

4. ¿Se encuentra dentro del grupo de riesgo? (Mayores de 60 años, Embarazadas, Persona menores de 60 años con patologías crónicas: Diabéticos, Trasplantados, Enfermos de Cáncer, Desnutrición, Hipertensión, Inmunodeficiencia, otros)

SI       NO

**Las personas con estas enfermedades preexistentes, no deben formar parte de la dotación de reanudación de la actividad.**

Por medio de la presente, declaro en carácter de declaración jurada que:

- En caso de responder de manera afirmativa a 2 de las preguntas realizadas en el punto 1, ó responder de manera afirmativa a alguna de las preguntas 2 a la 4, me comprometo a **NO ASISTIR** al Establecimiento de la Facultad, y proceder de conformidad con las pautas de las autoridades sanitarias locales lo indiquen.
- La información aportada es veraz, y que mantendré informadas a las autoridades de la Facultad de cualquier modificación que se produzca. Asimismo, habilito a las autoridades de la FRRe a informar de cualquier novedad que pudiera modificar la presente al sólo efecto de preservar la salud y dar cumplimiento a las recomendaciones e instrucciones de las autoridades sanitarias y de seguridad, nacionales y locales.

Firma y aclaración: \_\_\_\_\_

DNI N°: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

*El presente protocolo se desprende del "Protocolo Marco y Lineamientos Generales por COVID 19. Regreso a las actividades presenciales", aprobado por Resolución del CD N° 047/2021.*