

De acuerdo con los hechos de público conocimiento y a las recomendaciones establecidas por el Ministerio de Salud y la OMS en referencia al nuevo coronavirus COVID-19, y por cuestiones de seguridad para los pacientes, familiares y personal interno, **toda persona que ingresa a FLENI** deberá completar este formulario en carácter de **declaración jurada**.

DDJJ (Marque con una cruz lo que corresponda)

FECHA: ___/___/_____

Estuvo Ud. en contacto estrecho con una persona sospechosa o confirmada de COVID-19 en los últimos 15 días? SI___ NO___

Usted presentó fiebre en los últimos días?: SI___ NO___

Usted presentó tos en los últimos días?: SI___ NO___

Usted presentó expectoración en los últimos días?: SI___ NO___

Usted presentó pérdida el gusto en los últimos días?: SI___ NO___

Usted presentó pérdida del olfato en los últimos días?: SI___ NO___

Usted presentó dolor de garganta en los últimos 14 días?: SI___ NO___

Usted presentó cefalea nueva o diferente de la habitual en los últimos días?: SI___ NO___

Usted presentó diarrea y/o vómitos en los últimos días?: SI___ NO___

Se solicita a todos la toma de conciencia sobre el problema a la hora de ingreso a la institución. Contamos con su colaboración para que el sistema mantenga la capacidad de atención para todo paciente que así lo requiera.

DATOS PERSONALES:

APELLIDO Y NOMBRE:	
FIRMA:	
DNI:	

Conocé nuestras medidas de seguridad frente al COVID-19:



SELLO (personal de FLENI) _____

Por favor CONSERVE este DOCUMENTO durante su estadía en FLENI