



ANEXO 1.4: Formato de Declaración Jurada para las Familias. Síntomas COVID-19

ESTIMADAS FAMILIAS :

ANTE EL REGRESO A LAS CLASES PRESENCIALES DE SU HIJO/A, SI ALGÚN MIEMBRO CONVIVIENTE EN SU HOGAR, PADECE AL MENOS UNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS/SIGNOS POR FAVOR:
 NO DEBE ENVIAR SU HIJO/A A LA ESCUELA. DAR AVISO A LA ESCUELA.
 DEBE COMUNICARSE CON EL 0800-222-2676 (CORO), DONDE SE LES INDICARÁ CUÁLES SON LOS PASOS A SEGUIR.
 COMUNICAR VÍA TELEFÓNICA A LA ESCUELA DE LA SITUACIÓN QUE TRANSITA SU HIJO.

LOS SÍNTOMAS SON:
 Temperatura (37,5° C o más)
 Dolor de garganta,
 Tos seca,
 Cansancio,
 Pérdida temporaria de los sentidos del olfato y el gusto,
 Dolores musculares,
 Congestión nasal
 Dificultad respiratoria
 Vómitos
 Diarrea
 Dolor de cabeza

SOLICITAMOS ADEMÁS ACTUALIZAR LOS MIEMBROS CONVIVIENTES Y APORTAR UN TELÉFONO DE CONTACTO DE REFERENCIA ACTUALIZADO:
 TELÉFONO DE CONTACTO:

NOMBRE Y APELLIDO:	EDAD:

Será responsabilidad de cada familia verificar y monitorear la ausencia de síntomas todos los días previos al ingreso de su hijo/a a la escuela.

FIRMA Y ACLARACIÓN
 DEL ADULTO RESPONSABLE:

11-56
 045



ANEXO 1.5: Formato de Declaración Jurada Personal de Riesgo

DECLARACIÓN JURADA DE PERSONAL COMPRENDIDO EN GRUPO DE RIESGO

COVID-19 :

INFORMO EN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA ESTAR COMPRENDIDO EN LOS GRUPOS DE RIESGO COVID- 19, de acuerdo a lo estipulado en la normativa vigente.

(Marcar con una X lo que corresponda)

.....MAYOR DE 60 AÑOS AL DÍA DE LA FECHA

.....EMBARAZADA EN CUALQUIER TRIMESTRE

.....PACIENTE INMUNOSUPRIMIDO

.....PACIENTE CON DIABETES TIPO 1 (INSULINODEPENDIENTE)

.....PACIENTE CON ASMA MODERADA O SEVERA

.....PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA Y CRÓNICA (EPOC) MODERADO O SEVERO

.....PACIENTE ONCOLÓGICO EN TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO ORAL O ENDOVENOSO Y RADIOTERAPIA HASTA UN AÑO DESPUÉS DE CONCLUIDO EL MISMO.

.....PACIENTE CON CARDIOPATÍA MODERADA O SEVERA

.....PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN DIÁLISIS O CON EXPECTATIVA DE INGRESAR A DIÁLISIS EN LOS PRÓXIMOS SEIS MESES

.....PACIENTE CON ENFERMEDAD HEPÁTICA AVANZADA

.....OBESIDAD CON IMC IGUAL O SUPERIOR A 40 KG/M2 (OBESIDAD CLASE II y III)

-----Declaro conocer que las circunstancias expuestas en la Presente podrán estar sujetas a verificación por parte de la Dirección de Reconocimientos Médicos de la Provincia del Chubut, para lo que se podrán requerir constancias y/o evaluaciones médicas que se estimen oportunas.-----

NOMBRE Y APELLIDO:

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD:

DEPENDENCIA:

FIRMA DEL AGENTE:

FIRMA Y RECEPCIÓN DEL SUPERIOR:

LUGAR Y FECHA: