



## DECLARACIÓN JURADA EN EL MARCO DE LA EMERGENCIA SANITARIA POR EL VIRUS COVID-19

En la ciudad de.....,a los días.....del mes  
de.....del año 2020, quien suscribe  
.....  
.....con domicilio real  
en.....de la ciudad de....., teléfono  
celular.....correo .....

DECLARO BAJO JURAMENTO:

Que no he manifestado síntomas compatibles con COVID-19 y ninguno de mi grupo familiar más cercano. A saber: tos; fiebre; dolor de garganta; dificultad respiratoria, falta de aire; disgeusia (pérdida del gusto); anosmia (pérdida del olfato); en los últimos catorce (14) días. Que ante la primera sospecha de padecer alguno/s de los síntomas o en mi grupo familiar compatibles con COVID-19, asumo la obligación de no asistir al establecimiento, aislarme preventivamente en forma inmediata, comunicar tal circunstancia al número telefónico según corresponda a la jurisdicción, e informar inmediatamente a la institución de dicha circunstancia para que adopte las medidas correspondientes. Se aconseja realizar cada 48 hs el auto test, de la APLICACIÓN CUIDAR (sistema de prevención y cuidado del ciudadano contra el COVID-19)

Declara que acorde lo establecido por la RESOLUCION 627/2020 MINISTERIO DE SALUD (M.S.) en su artículo 3° -"Art. 3°.- GRUPOS DE RIESGO. Son considerados como grupos de riesgo, en el marco de lo dispuesto por el artículo 1° del Decreto N° 260/20."

I. Persona con enfermedades respiratorias crónicas: hernia diafragmática, enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC], enfisema congénito, displasia broncopulmonar, traqueostomizados crónicos, bronquiectasias, fibrosis quística y asma moderado o severo.

SI NO

II. Persona con enfermedades cardíacas: insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria, reemplazo valvular, valvulopatías y cardiopatías congénitas.

SI NO

III. Persona diabética,

SI NO

IV. Persona con insuficiencia renal crónica en diálisis o con expectativas de ingresar a diálisis en los siguientes seis meses.

SI NO

V. Persona con inmunodeficiencias.

- Congénita, asplenia funcional o anatómica (incluida anemia drepanocítica) y desnutrición grave.

SI NO

- VIH dependiendo del status (< de 350 CD4 o con carga viral detectable).

SI NO

- Personas con medicación inmunosupresora o corticoides en altas dosis (mayor a 2 mg/kg/día de metilprednisona o más de 20 mg/día o su equivalente por más de 14 días).

SI NO

VI. Pacientes oncológicos y trasplantados.

- Con enfermedad oncohematológica hasta seis meses posteriores a la remisión completa.

SI NO

- Con tumor de órgano sólido en tratamiento.

SI NO

- Trasplantado de órganos sólidos o de precursores hematopoyéticos.

SI NO

VII. Persona con certificado único de discapacidad.

SI NO

Toma conocimiento que, si es mayor de 60 años, integra el grupo de riesgo por lo cual asume y acepta su exclusiva responsabilidad de efectuar la práctica deportiva desobligando al COPNA.

LA PRESENTE DECLARACIÓN JURADA TIENE UNA VALIDEZ DE CATORCE (14) DÍAS CORRIDOS DESDE SU CONFECCIÓN, DEBIENDO EL DECLARANTE RECONFIRMAR SU CONTENIDO VENCIDO DICHO PLAZO O REALIZAR UNA NUEVA.