**DECLARACIÓN JURADA DE ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS de ESTUDIANTES DE LA UAP**

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

**En los últimos 14 días estuve en las siguientes localidades**: ………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………..………….………

…………………………………………………………………………………………………………

**Marque con una tilde la respuesta que corresponde a cada afirmación:**

SI  NO  En los últimos 14 días estuve en contacto con alguna persona con diagnóstico positivo de COVID-19 o sospecha de tenerlo.

SI  NO  Tengo fiebre (37.5°C o más)

SI  NO  Tengo tos

SI  NO  Tengo disminución o pérdida del olfato

SI  NO  Tengo disminución o pérdida del gusto

SI  NO  Tengo dolor de garganta

SI  NO  Tengo dificultad respiratoria

SI  NO  Tengo dolor de cabeza

SI  NO  Tengo dolores musculares

SI  NO  Tengo diarrea o vómitos

SI  NO  Tengo otros síntomas. Indique cuál/es: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Me comprometo de ahora en más mientras dure la pandemia, a informar inmediatamente a la UAP cualquier modificación a lo declarado en este documento.

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de alumno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_