



**Asociación de Profesionales,  
Técnicos y Auxiliares de  
Salud Pública del Chaco**



ARTURO ILLIA 1223-RESISTENCIA CHACO-TELEFONO 4445704-EMAIL:  
APTASCH1@GMAIL.COM

## DECLARACION DE SALUD COVID 19

**NOMBRE Y APELLIDO:**

**DNI:**

**LUGAR DE TRABAJO:**

**LUGAR DE RESIDENCIA:**

1-TIENE ANTECEDENTE DE VIAJE AL EXTERIOR	SI	NO
2-USTED HA TENIDO CONTACTO CON ALGUNA PERSONA ENFERMA DE CORONAVIRUS O CASO SOSPECHOSO DE COVID 19 EN LOS ULTIMOS 14 DIAS	SI	NO
3-PRESENTO DURANTE LOS ULTIMOS 14 DIAS O PRESENTA ACTUALMENTE ALGUNOS DE ESTOS SINTOMAS: FIEBRE( 37.5° O MAS) TOS, DOLOR DE GARGANTA, PROBLEMAS PARA RESPIRAR, ANOSMIA O DISGEUSIA(FALTA DE OLFATO Y GUSTO)	SI	NO
4-TIENE ANTECEDENTE DE PATOLOGIA CRONICA (ASMA, DIABETES, PATOLOGIAS CARDIACAS, OTRA)	SI	NO

**DECLARO QUE LOS DATOS APORTADOS SON CORRECTOS Y ME COMPROMETO A NOTIFICAR A LA ASOCIACION CUALQUIER MODIFICACION DE LOS MISMOS.**

FECHA:

FIRMA:

ACLARACION: