



# HOSPITAL de NIÑOS de Santa Fe

Dr. Orlando Alassia

## ▶ DECLARACIÓN JURADA PARA EL INGRESO DE PACIENTES Y ACOMPAÑANTE RESPONSABLE A LA INSTITUCION MATEO ESQUIVO.

### PACIENTE ▼

Nombre y Apellido:		
Fecha de Nacimiento:	Edad:	DNI:
Domicilio:		
Departamento:		
Localidad:		

### ACOMPAÑANTE ▼

Nombre y Apellido:	
Tipo de Parentesco:	DNI:

### MARCAR SEGÚN CORRESPONDA, SI/NO ▼

Estuvo en contacto en los últimos 14 días con casos probables o sospechos de coronavirus.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Tiene historial de viaje fuera del país en los últimos 14 días.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Tiene historial de viaje o residencia en zonas de transmisión local (Rosario, CABA, AMBA, Chaco, Córdoba, Ushuaia.) en los últimos 14 días.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Presencia de síntomas (fiebre, tos, odinofagia, dificultad respiratoria anosmia/disgeusia) en alguno de los convivientes en los últimos 14 días.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

...../...../.....

Fecha

.....

Firma y Aclaración