

Este documento ha sido desarrollado con el objetivo de descartar cualquier síntoma que presuma una posible condición relacionada al COVID-19 para proteger la salud de la gente.

Yo,, con DNI: en mi capacidad de padre o apoderado del menor,, conozco el objetivo e importancia de completar este formato y me comprometo a contestar con la verdad, declarando que en los últimos 14 días calendarios mi menor hijo o hija ha presentado condiciones de salud, como registro en la siguiente tabla:

	SI	NO
1. Sensación de temperatura alta o fiebre especificar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Toser, estornudar o dificultad para respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Expectorando flema amarilla o verde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ha tenido contacto con persona/s supuestamente o contagiada/s por COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Se encuentra tomando alguna medicina, detalle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Todos los datos expresados en este documento constituyen una Declaración Jurada de parte del Padre o Apoderado. Soy consciente de los riesgos a los cuales estamos expuestos dada la situación actual y asumo las responsabilidades correspondientes.

DATOS IMPORTANTES

FECHA:

TELÉFONO CELULAR DEL PADRE
O APODERADO

FIRMA Y DNI DEL PADRE O APODERADO