



DECLARACION JURADA PERSONAL PARA TODA PERSONA

INGRESANTE A SEDES DE CUBA

La presente tiene carácter de declaración jurada, agradecemos completar cuidadosamente.

1) DATOS FILIATORIOS

- Apellido y Nombre:.....
- N° de socio:.....Teléfono de contacto:.....
- Fecha de nacimiento:.....Edad:.....
- Motivo de la visita:.....

2) Presenta alguno de los siguientes síntomas?

<b>Síntomas primarios:</b>	SI	NO	<b>Síntomas secundarios:</b>	SI	NO
• Tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Perdida de olfato o gusto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Dolor de garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Resfrío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Conjuntivitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Comentarios adicionales:</b>					

- 3) Estuvo en contacto directo con alguna persona que presente síntomas compatibles al COVID-19 o que sea positivo? SI  NO

---

Firma y Aclaración