

# PROTOCOLO PROVINCIAL PARA EL REGRESO SEGURO A LA ESCUELA



Resolución conjunta ME N° 56/21 · MS N° 45/21

## DECLARACIÓN JURADA - SÍNTOMAS COVID-19 ISFD N° 802

### ESTIMADO/A PROFESOR/A:

ANTE EL REGRESO A LAS CLASES PRESENCIALES, SI ALGÚN MIEMBRO CONVIVIENTE EN SU HOGAR, PADECE AL MENOS UNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS/SIGNOS POR FAVOR:

NO DEBE ASISTIR A LA INSTITUCIÓN.

DEBE COMUNICARSE CON EL 0800-222-2676 (CORO), DONDE SE LE INDICARÁ CUÁLES SON LOS PASOS A SEGUIR.

COMUNICAR VÍA TELEFÓNICA A LA INSTITUCIÓN DE LA SITUACIÓN QUE TRANSITA.

### LOS SÍNTOMAS/SIGNOS SON:

Temperatura (37,5° C o más)	Vómitos
Dolor de garganta,	Diarrea
Tos seca,	Dolor de cabeza
Cansancio,	Dolores musculares,
Pérdida temporaria de los sentidos del olfato y el gusto,	Congestión nasal,
Dificultad respiratoria	

SOLICITAMOS ADEMÁS ACTUALIZAR LOS MIEMBROS CONVIVIENTES Y APORTAR UN TELÉFONO DE CONTACTO DE REFERENCIA ACTUALIZADO, AL IGUAL QUE SU DOMICILIO:

**TELÉFONO DE CONTACTO:** ..... **DOMICILIO**.....

NOMBRE Y APELLIDO: ..... EDAD: .....

NOMBRE Y APELLIDO: ..... EDAD: .....

NOMBRE Y APELLIDO: ..... EDAD: .....

NOMBRE Y APELLIDO: ..... EDAD: .....

Observación: Recuerde la importancia de informarse a través de organismos oficiales de las novedades vinculadas a la situación epidemiológica.

Vacunación: ¿Accedió Usted a la Vacunación? indique la opción correspondiente

Sí  No

Cúantas dosis tiene:  1 dosis  2 dosis  ninguna.

**Será responsabilidad de cada persona verificar y monitorear la ausencia de síntomas todos los días previos a concurrir a la institución.**

Lugar y fecha: .....

FIRMA

ACLARACIÓN:

DNI:

Carrera: \_\_\_\_\_ - Sede: \_\_\_\_\_ (CR / STO / RM / ARS / GC)

Año que cursa: \_\_\_\_ (1°, 2°, 3°, 4°)