

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD-2021



Nombre y apellido:

Síntomas (marcar lo que corresponda):

- Marcada pérdida de olfato de manera repentina SI/NO
- Marcada pérdida de gusto de manera repentina SI/NO
- Tos SI/NO
- Dolor de garganta SI/NO
- Dificultad respiratoria o falta de aire SI/NO
- Cefalea SI/NO
- Mialgias SI/NO
- Diarrea/ vómitos SI/NO

Declaro que el/la estudiante no tiene ninguna enfermedad crónica por la que requiere ser dispensado de la actividad presencial al momento de firmar este documento. Asimismo, nos comprometemos a comunicar telefónicamente al Colegio en el caso de que nuestro/a hijo/a presente algún síntoma compatible con Covid de forma inmediata o si se produce cualquier otra modificación que merezca ser informada.

Por otra parte, asumimos el compromiso de no enviar al estudiante a la institución ante la presencia de un caso sospechoso o confirmado de COVID en el hogar o de una persona con la que estuvo en contacto en las últimas 48 horas.

Firma padre/madre/tutor: Fecha: