

Medidas de Protección contra el coronavirus COVID 19

Declaración Jurada de Salud

Debido a la pandemia ocasionada por el Coronavirus COVID 19, se requiere que todas las personas cumplan con las medidas de prevención recomendadas por el Ministerio de Salud de la Nación y las comunicadas e implementadas oportunamente por Nucleoeléctrica Argentina SA (NA-SA).

Se informa que la temperatura precautoria indicada por la empresa es **37.1°C**. Es por esto que se solicita el auto monitoreo de la temperatura corporal en el domicilio particular.

Toda aquella persona que presente **uno o más de los síntomas** detallados a continuación, **no deberá presentarse en el emplazamiento** y deberá comunicarse con personal de la empresa (contacto, Comisión de Recepción, Adm. Contrato) de la dependencia que corresponda, e informarle de la situación.

- Temperatura 37.1° o más.
- Tos.
- Dolor de garganta.
- Dificultad respiratoria.
- Pérdida del olfato o gusto.
- Diarrea y/o vómitos.
- Cefalea.
- Dolor muscular.

Esta declaración jurada será resguardada en los servicios médicos de NA-SA durante el tiempo legalmente establecido, cuya finalidad y tratamiento de sus datos de carácter personal es la vigilancia de la salud en cumplimiento de las exigencias impuestas por la normativa que nos es de aplicación.

(SE SOLICITA COMPLETAR LO SIGUIENTE CON IMPRENTA MAYÚSCULA)

Apellido y nombre:

N° Documento identidad (indicar tipo):

Empresa:

1. ¿Tiene antecedente de viaje al exterior o ha viajado o reside en zonas de trasmisión local de COVID 19 en la Argentina en los últimos 14 días?

Sí No

En caso afirmativo indique lugar y fecha de regreso al país o zona donde ha viajado o reside...

2. ¿Ha estado en contacto cercano con algún caso sospechoso o confirmado de Coronavirus en los últimos 14 días?

Si No

3. ¿Ha realizado el auto monitoreo de temperatura corporal y la misma es menor a 37.1?

Sí No

4. ¿Presenta **Ud. o algún familiar conviviente** (fiebre, tos, dolor de garganta, dificultad para respirar, perdida del olfato, perdida del gusto, cefalea, diarrea, vómitos, dolor muscular)?

Sí No

En caso afirmativo indique la fecha de aparición.....

5. ¿Presenta **Ud.** algún factor de riesgo de los detallados a continuación (+60 años, embarazo, enfermedad respiratoria, enfermedad cardiaca, inmunodeficiencia, diabetes, insuficiencia renal)?

Si No

En caso afirmativo indique cual.....

Declaro que los datos aportados son correctos y completos, que no he omitido, falseado, la información solicitada, y que me comprometo a notificar en lo sucesivo cualquier modificación que ocurriera, al servicio médico de la dependencia que corresponda, previo al ingreso a la empresa.

Lugar y fecha

Firma