

FORMULARIO MÉDICO – DECLARACIÓN JURADA

Nombre del pasajero:

Documento de identidad:

Domicilio:

Teléfono:

Sexo:

Edad:

Marque con una cruz el casillero si corresponde

	SI
Ha tenido contacto cercano con algún sospechoso o caso confirmado de COVID-19	
Ha estado en control médico por posibilidad de infección por coronavirus (SARS CoV-2) en los últimos 14 días	
Ha presentado alguno de los siguientes síntomas en los últimos días:	
Fiebre o febrícula mayor de 37°3C	
Tos	
Dolor de garganta	
Resfrío	
Dificultad respiratoria	
Disminución del olfato	
Alteración del gusto	

Los datos expresados anteriormente constituyen una **DECLARACIÓN JURADA** para ser presentada ante todo funcionario público encargado de proteger la salud pública y la seguridad de trabajadores, pasajeros y funcionarios públicos, por lo que la falsedad de los mismos acarreará las **RESPONSABILIDADES PENALES, CIVILES y ADMINISTRATIVAS** que correspondan, establecidas en la legislación uruguaya y argentina.

Fecha

Firma

Aclaración en caso de ser padre, madre o tutor del pasajero: