

## Anexo 137: Declaración Jurada. Formulario de uso médico. **COVID-19**

**1** APELLIDO Y NOMBRE:

---

**2** EDAD:

---

**3** FECHA Y HORA DE INGRESO A JORNADA LABORAL:

---

**4** EMPRESA/SECTOR O PROCESO:

---

**5** ANTECEDENTES ENFERMEDADES CRÓNICAS:

- DBT     HTA     ONCOLÓGICO     ALCOHOLISMO     EMBARAZO  
 ENFERMEDAD AUTOINMUNE     TABAQUISTA     TBC     ASMA     EPOC

OTRA: (Indicar cual otra enfermedad)

---

**6** MEDICACIÓN HABITUAL: (Indicar medicación)

---

**7** CRITERIOS CLINICOS:

**A** FECHA DE INICIO DE LOS SINTOMAS:

---

**B** FIEBRE:  SI  NO    **C** TOS SECA:  SI  NO    **D** DIFICULTAD RESPIRATORIA:  SI  NO

**E** DOLOR AL TRAGAR:  SI  NO    **F** SECRECIÓN NASAL:  SI  NO    **G** DIARREA:  SI  NO

**H** PERDIDA REPENTINA DE OLFATO Y GUSTO:  SI  NO    **I** VÓMITOS:  SI  NO    **J** CEFALEA:  SI  NO

**8** CRITERIO EPIDEMIOLÓGICO

DENTRO DE LOS 14 DÍAS PREVIOS AL INICIO DE LOS SÍNTOMAS...

**A** HA ESTADO EN CONTACTO CON CASOS CONFIRMADOS O PROBABLES DE COVID-19:  SI  NO

**B** HISTORIAL DE VIAJE O HAYA ESTADO EN ZONAS CON TRANSMISIÓN LOCAL DE SARS COV-2:  SI  NO

**C** CONTACTO A LA FECHA CON CASOS SOSPECHOSOS O QUE HAYAN VIAJADO A ÁREAS DE RIESGO DE TRANSMISION SOSTENIDA (CIRCULACIÓN DEL VIRUS) DENTRO Y/O FUERA DEL PAÍS  SI  NO

NOTA: EN CASO DE QUE SE DEMOSTRARA CIRCULACIÓN INTERNA DEL VIRUS EN ARGENTINA, EL CRITERIO EPIDEMIOLÓGICO (PUNTO 8) SE ANULA Y PERSISTE EL CRITERIO CLÍNICO.

FIRMA:

---

ACLARACIÓN:

---

DNI:

---

**!**

- Todas las personas que no respeten con lo que expresa el **Protocolo de Marbar y el trabajo en células**, serán sancionadas.
- El incumplimiento del Protocolo será considerado **falta GRAVE**

**PROTOCOLO DE MEDIDAS SANITARIAS**

ESCANEE EL CODIGO QR CON SU CELULAR

