

DECLARACIÓN JURADA Y CERTIFICADO MÉDICO

Declaro bajo juramento que los datos en la presente declaración jurada son verídicos y me hago responsable ante cualquier inconveniente

¿Actualmente usted presenta algunos de estos síntomas?	SI	NO
PÉRDIDA DE OLFATO DE MANERA REPENTINA		
PÉRDIDA DE GUSTO DE MANERA REPENTINA		
TOS		
DOLOR DE GARGANTA		
DIFICULTAD RESPIRATORIA O FALTA DE AIRE		
DOLOR DE CABEZA		
VÓMITOS		
FIEBRE		
DIARREA		
CANSANCIO		
TRABAJÓ O CONVIVIÓ EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS CON UNA PERSONA QUE ACTUALMENTE ES CASO CONFIRMADO COVID-19?		

	DOSIS		
RECIBIÓ LA VACUNA CONTRA EL SARS CoV2 (COVID – 19)?	1	2	3

¿Tiene algún factor de riesgo?	SI	NO
TUVO/TIENE CÁNCER		
DIABETES		
TOS		
TUVO ALGUNA ENFERMEDAD HEPÁTICA		
TUVO ALGUNA ENFERMEDAD RESPIRATORIA		
TUVO ALGUNA ENFERMEDAD CARDIOLÓGICA		
HIPERTENSIÓN ARTERIAL		
ENFERMEDAD QUE COMPROMETA AL SIST. INMUNOLÓGICO		
CONVULSIONES		
ALERGIA		
TRAUMATISMOS		
HERNIAS		
QUISTES		
HEMORROIDES		
TRATAMIENTO PSICOLÓGICO		

DETALLE	
PULSO	
GRUPO DE SANGRE Y FACTOR	

CERTIFICADO MÉDICO

El estado de salud y aptitud física de, DNI, es apto para participar en una competencia de Safari Regional a campo traviesa de las características del Safari de a.pi.sa de Río Negro, habiendo tomado conocimiento de la declaración jurada que acompaña el presente certificado.

Firma del participante

Firma y sello del profesional médico

Fecha