

**DECLARACIÓN JURADA DE SALUD (consignar datos del Cadete/ARE)**

**FECHA:** \_\_\_\_\_ **APELLIDO Y NOMBRES:** \_\_\_\_\_  
**EDAD:**      **AÑOS**                      **DNI:**                      **FECHA DE NAC.:**  
**TELEFONO:** \_\_\_\_\_  
**DOMICILIO: CALLE Y Nro:** \_\_\_\_\_ **Casa/Depto.:** \_\_\_\_\_  
**BARRIO: CIUDAD:** \_\_\_\_\_  
**COBERTURA MÉDICA:** \_\_\_\_\_  
**PRESTADOR: Nro. AFILIADO:** \_\_\_\_\_

**MARQUE LA RESPUESTA CORRECTA**

- 1) ¿Estuvo en los últimos 21 días fuera de la provincia de Santa Fe?      **SI / NO**
- 2) ¿Estuvo en contacto con personas que hayan regresado a la provincia de Santa Fe en los últimos 21 días por haber permanecido fuera de la misma?      **SI / NO**
- 3) En caso afirmativo detalle la siguiente información: ciudades / países :
- 4) ¿Ha estado en contacto con personas con diagnóstico confirmado de coronavirus en los últimos 21 días?      **SI / NO** En caso afirmativo, ¿cuándo?:
- 5) ¿Usted o alguna persona de su grupo conviviente o persona de trato frecuente presento en los últimos 21 días fiebre (igual o mayor a 37,5 °C) y algunos de los siguientes síntomas: Tos, dolor de garganta, dificultad respiratoria, diarrea, anosmia (perdida o disminución del olfato)?      **SI / NO**

---

**Firma y Aclaración  
PADRE / MADRE / TUTOR**

---

\* Este formulario contiene información CONFIDENCIAL sometida a secreto médico.

Su divulgación está prohibida por ley.

\*\* Quien firma la presente asienta conocer el protocolo del LAM y que el Cadete/ARE consignado en la presente se encuentra apto para asistir al LAM, que es consciente de las consecuencias que se podrían producir si no cumple con los requisitos de bioseguridad y que quien firma asume las consecuencias del mismo.

- Que el Cadete/ARE no ha manifestado síntomas compatibles con COVID-19: tos; fiebre; dolor de garganta; dificultad respiratoria; disgeusia (pérdida del gusto); anosmia (pérdida del olfato); en los últimos catorce (14) días.

- Que ante la primera sospecha de padecer alguno/s de los síntomas compatibles con COVID-19, asumo la obligación de no enviarlo para asistir al LAM, aislar preventivamente en forma inmediata, comunicar tal circunstancia al Liceo Aeronáutico Militar dicha circunstancia para que adopte las medidas correspondientes.

- Que tiene conocimiento del protocolo de bioseguridad contra COVID-19 vigente en el LAM.

LA PRESENTE DECLARACIÓN JURADA TIENE UNA VALIDEZ DE NOVENTA (90) DÍAS CORRIDOS DESDE SU CONFECCIÓN, DEBIENDO EL FIRMANTE RECONFIRMAR SU CONTENIDO VENCIDO DICHO PLAZO Y REALIZAR UNA NUEVA.