

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

Nombre y Apellidos: _____

Documento de Identidad (DNI) / (PASAPORTE): _____

Domicilio: _____

Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Declaro bajo juramento, que no presento en el momento actual signos ni síntomas respiratorios compatibles con COVID -19 y que no he estado expuesto a personas con la enfermedad o con los mismos síntomas en los últimos 14 días.

Fecha: _____

Número de vuelo: _____

Línea Aérea: _____

SIGNO / SINTOMA	SI	NO
Pérdida del sentido del olfato y del gusto.		
Fiebre o sensación de alza térmica.		
Dolor de garganta o musculares.		
Está tomando alguna medicación.		
Tos, estornudo o dificultad para respirar.		
Expectoración o flema amarilla o verdosa.		

FIRMA: _____

La falsedad de lo anteriormente declarado, será sujeto a las medidas legales pertinentes.