

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

Nombres 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: _____

Hora: _____

SIGNO / SINTOMA	SI	NO
Pérdida del sentido del olfato y del gusto		
Fiebre o sensación de alza térmica.		
Dolor de garganta o dolores musculares		
¿Está tomando alguna medicación?		
Presenta tos, estornudos o dificultar para respirar		
Expectoración o flema amarilla/verdosa		

FIRMA

PerúBus