



**CENTRO EXAMINADOR DE MEDICINA
AERONAUTICA Y OCUPACIONAL
CEMAE**

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

En los últimos 14 días

Ud. tiene o ha tenido fiebre?	SI - NO
Ud. ha experimentado tos o dificultad para respirar?	SI - NO
Ud. a perdido el olfato o el gusto?	SI - NO
Ud. ha viajado a algún lugar con casos confirmados de COVID 19?	SI - NO
Ud. ha tenido contacto con algún paciente confirmado con COVID-19?	SI - NO
Ud. ha tenido contacto con algún paciente en estudio por COVID-19?	SI - NO
Ud. ha tenido contacto con algún paciente recuperado de COVID-19?	SI - NO

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS CONTENIDOS EN LA PRESENTE DECLARACION SON EXPRESION FIEL DE LA VERDAD, POR LO QUE ASUMO LA RESPONSABILIDAD CORRESPONDIENTE.

NOMBRE..... EDAD.....

RUT.....FECHA..... FONONO.....

EMAIL.....

.....

FIRMA

EL USO DE MASCARILLA ES OBLIGATORIO.

DEBE PRESENTAR SU CARNET DE IDENTIDAD O DOCUMENTO DE IDENTIFICACION.

DEBE PRESENTARSE EN EL HORARIO AGENDADO.

DEBE ASISTIR SIN ACOMPAÑANTES.

CEMAE ESTA UBICADO EN VILANOVA 50, LAS CONDES. (METRO LOS DOMINICOS).