



**EL PRESENTE FORMULARIO TIENE CARÁCTER DE  
DECLARACION JURADA**

**FECHA:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE Y APELLIDO:** \_\_\_\_\_

**D.N.I:** \_\_\_\_\_ **EDAD:** \_\_\_\_\_

**Marcar con una X lo que corresponda.**

**¿Ha percibido una marcada perdida del olfato de manera repentina?**

Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

**A percibido una marcada perdida del gusto de manera repentina?**

Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

**¿Tiene tos o dolor de garganta?**

Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

**¿Posee dificultades respiratorias o falta de aire?**

Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

**¿Ha estado usted fuera del partido de General Pueyrredón en los últimos  
14 días?**

Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

**Vehículo:**

**Dominio:**

**Firma y Aclaración:**