

## 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: \_\_\_\_\_.

Número de Vuelo: \_\_\_\_\_.

Línea Aérea: \_\_\_\_\_.

<b>SIGNO/SÍNTOMA</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
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

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