

 CENTRO MÉDICO CAPITAL	Declaración Jurada Pacientes EMERGENCIA PANDEMIA COVID 19	Rev. 01
		Fecha: 07-04-2020

La Plata,..... de..... de 2020.-

Declaro bajo juramento de decir verdad que:

- 1) No he regresado de viaje al exterior entre el 1 de marzo pasado a la fecha.
- 2) No he estado en contacto con persona alguna que haya regresado del exterior.
- 3) No he estado en contacto con personas contagiadas del covid-19.
- 4) No he tenido, en los últimos 14 días, fiebre, tos, dolor de garganta ni problemas respiratorios.

Nombre:.....

DNI:.....

Teléfono:.....

E-Mail (*).....:

Firma:.....

(*) El informe médico será enviado por correo electrónico a la casilla consignada por el paciente, aclarándose que para el caso que el médico requirente de dicho estudio considerase necesario examinar los estudios realizados, los mismos estarán a su disposición en el Centro Médico Capital.



CENTRO
MÉDICO
CAPITAL

Avenida 60 N° 462
La Plata, Buenos Aires,
Argentina.

+54 9 221.482-3629
info@centromedicocapital.com.ar
www.centromedicocapital.com.ar