

Formulario COVID-19

Declaro bajo juramento que las dolencias o enfermedades informadas en el presente formulario son de mi conocimiento y autorizo al Departamento de Medicina Preventiva y Laboral a utilizarlas en pos de la Pandemia a fin de tomar los recaudos necesarios para la prevención y propagación del Virus Covid-19.

1. Datos del agente sospechoso o confirmado

Nombre y Apellido:	
DNI:	
Edad:	
Cargo:	
Mail:	
Teléfono de contacto:	
Dependencia:	
Dirección de la Dependencia:	
Mail de la Dependencia:	

2. Información complementaria

- a. ¿Tuvo Covid-19? Especificar fecha.

- b. ¿Cuándo concurrió por última vez a la dependencia?

- c. ¿Cuándo fue el primer día que el agente presentó síntomas? ¿Cuáles fueron y son los síntomas sospechosos?

- d. ¿Se realizó un hisopado al agente? En caso afirmativo, mencionar el resultado ¿Qué día fue realizado?

- e. ¿Quién considera que fue contacto estrecho (*) en el ámbito laboral? (se considera contacto estrecho el haber pasado 15 minutos o más, a menos de dos metros de distancia, dentro de las 48 hs. previas al inicio de los síntomas de un caso probable o confirmado de Coronavirus y sin tapabocas. Se considera también a cualquier

persona que haya compartido la misma área cerrada que un caso confirmado por un periodo de tiempo mayor a 15 minutos sin tapabocas. Esto incluye los espacios de convivencia común, como baños, cocina, áreas de lavado, comedores, espacios de trabajo reducido, o pasillo de tamaño reducido sin protección). Completar Punto 1 del formulario sobre el posible contacto estrecho.

- f.** En caso de que el agente sea contacto estrecho (*) de un conviviente infectado o de cualquier otra persona (se considera contacto estrecho el haber pasado 15 minutos o más, a menos de dos metros de distancia, dentro de las 48 hs. previas al inicio de los síntomas de un caso probable o confirmado de Coronavirus y sin tapabocas. Se considera también a cualquier persona que haya compartido la misma área cerrada que un caso confirmado por un periodo de tiempo mayor a 15 minutos sin tapabocas. Esto incluye los espacios de convivencia común, como baños, cocina, áreas de lavado, comedores, espacios de trabajo reducido, o pasillo de tamaño reducido sin protección), ¿Cuándo comenzó con síntomas el caso con el que se mantuvo contacto estrecho? ¿Cuándo fue el último contacto con dicho caso? ¿Se realizó el hisopado para confirmar el diagnóstico? ¿Qué día fue realizado dicho hisopado y que resultado se obtuvo?

- g.** Si el conviviente infectado (que tiene relación con el contacto estrecho) pertenece al Poder Judicial, se debe completar un formulario adicional con la información del mismo. -

- h.** ¿Realizó la vacunación Covid-19? En caso afirmativo ¿Cuántas dosis? Consignar fecha de aplicación y marca de dicha vacuna.

Contacto estrecho (*) se toma en cuenta a todo aquel contacto 48 horas antes del inicio de los síntomas o de un hisopado. -