DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

Por medio de mi firma, declaro que, en los últimos 14 días previos a esta fecha, yo no he:

- Sido declarado como caso confirmado de COVID-19.
- Experimentado síntomas comúnmente asociados con COVID-19 (fiebre sobre 37,8 grados, tos, dificultad para respirar, dolor de cabeza, dolor de garganta).
- Estado a sabiendas en contacto estrecho con un caso confirmado.
- Sido declarado en cuarentena por viaje u otra causa.

NOMBRE COMPLETO	RUT O PASAPORTE	CORREO ELECTRONICO	FIRMA