



Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur
República Argentina

MINISTERIO DE SALUD

DECLARACION JURADA

Quien suscribe, _____,
DNI/Pasaporte _____, con domicilio real en la calle
_____, teléfono de contacto
_____, declaro bajo juramento que:

- * SI/NO provengo de país considerado de riesgo habiendo ingresado al país dentro de los últimos 14 días;
- * SI/NO provengo de ciudad/zona de transmisión activa de Argentina ingresado a la provincia dentro de los últimos 14 días;
- * SI/NO estuve en contacto con casos POSITIVOS/SOSPECHOSO dentro de los últimos 14 días;
- * SI/NO presento síntomas compatibles con COVID-19.
- * vengo por medio AEREO / TERRESTRE, de ciudad de origen_____.

A través del ingreso a Tierra del Fuego por (marcar con una cruz):

- Aeropuerto de Ushuaia
- Aeropuerto Río Grande
- Paso Fronterizo San Sebastián
- Paso Fronterizo Río Bella Vista
- Puerto de Ushuaia

Asimismo, declaro bajo juramento que acepto cumplir con las reglas impuestas por la autoridad sanitaria que consiste en:

- a) Deber de cumplir con 14 días de aislamiento en el domicilio real denunciado debiendo trasladarse en forma directa al domicilio. Para el caso que regrese a un domicilio en el cual se encuentran otros convivientes los mismos deberán cumplir el aislamiento dispuesto por catorce (14) días. A tal fin declaro que conviven en el mismo domicilio:

- 1) edad:
- 2) edad:
- 3) edad:
- 4) edad:
- 5) edad:
- 6) edad:

Respecto del grupo conviviente, declaro que
se encuentra incluido dentro del grupo declarado de riesgo por el siguiente motivo:

.....



Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur
República Argentina

MINISTERIO DE SALUD

- b) Deberán utilizar tapabocas o barbijos durante todo el viaje.
- c) Serán contactados telefónicamente en el transcurso de los 14 días de aislamiento, por parte de personal de la Dirección de Epidemiología.
- d) No podrá ingresar al domicilio ninguna persona que no haya sido declarada en el presente.
- e) Obligación de denunciar al teléfono 107 si presentan alguno de estos síntomas:
 - fiebre (temperatura mayor de 37,5°C).
 - aparición de síntomas (TOS, ODINOFAGIA, FALTA DE AIRE, ANOSMIA, DISGEUSIA)

Declaro que me realice estudio de

- 1) PCR mediante técnica de hisopado para detección de SARSS-CoV-2/ COVID-19 con resultado “no detectable” o “detectable” (tachar lo que no corresponda)
- 2) constancia de anticuerpos: “positivo” o “negativo” (tachar lo que no corresponda)

Fecha de realización:

Instituto o laboratorio que lo realizo:

En función de lo expuesto, y previa valoración de la información recibida por escrito y verbalmente, declaro bajo juramento que me sujeto a las normas y condiciones descriptas en el presente y que de no cumplir con lo expuesto seré pasible de las denuncias penales que correspondan por violación del art. 205 del Código Penal que establece: “**ARTICULO 205.** - Será reprimido con prisión de seis meses a dos años, el que violare las medidas adoptadas por las autoridades competentes, para impedir la introducción o propagación de una epidemia. ”

Tierra del Fuego, ____ de _____ de 2020.

Domicilio: _____ Ciudad: _____
_____ Fecha de Ingreso a TDF: _____ DNI: _____ Teléfono
(cód. área): _____

Firma y Aclaración: _____

En el caso que la persona sea menor de edad deberá firmar la declaración jurada el responsable del menor mientras dure el aislamiento.

Firma y Aclaración del responsable: _____

Documento Tipo y Número: _____ Carácter: _____