



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 bus/placa: _____

Nombre de la empresa de transporte interprovincial: _____

SIGNO/ SÍNTOMA	SÍ	NO
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 dificultad para respirar		
Expectoración o flema amarilla/verdosa		

FIRMA

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

 **Jr. Montevideo 529 - Cercado de Lima.**

 **informes@turismojaks.com**

 **01 428 0567**

 **www.turismojaks.com**