



**AECM**  
Asociación Entrerriana de  
CICLISMO de MONTANA

NOMBRE Y APELLIDO..... DOCUMENTO N°.....

PROCEDENCIA.....FECHA NAC.....CELULAR.....

**PREGUNTA – EN LA ACTUALIDAD Y/O EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS :** **SI NO**

¿ TUVO CONTACTO CERCANO CON ALGUIEN DIAGNOSTICADO CON COVID ? ..... .....

¿ VISITÓ O PERMANECIÓ EN UN ENTORNO CERRADO CON ALGUN PACIENTE COVID ? ..... .....

¿ VIVIÓ EN EL MISMO HOGAR QUE UN PACIENTE CON COVID ? ..... .....

¿ HA ESTADO EN AISLADO ? ..... .....

¿ HA DADO POSITIVO AL COVID ? ..... .....

¿ EXPERIMENTÓ ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS AHORA O EN LOS ÚLTIMOS 14 DIAS ?

	<b>SI</b>	<b>NO</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
FIEBRE	.....	.....	TOS	.....	.....	FATIGA	.....	.....
DOLOR DE GARGANTA	.....	.....	DOLOR DE CABEZA	.....	.....	PERDIDA DE OLFATO	.....	.....
PERDIDA DE GUSTO	.....	.....	NAUSEAS/VÓMITOS	.....	.....	DIARREA	.....	.....

**DECLARO BAJO JURAMENTO NO PRESENTAR AL MOMENTO NINGÚN SINTOMA**

**DESCRIPTO PRECEDENTEMENTE**

FIRMA Y ACLARACIÓN..... FECHA: ...../...../.....