

Nombre del salón de eventos

Dirección del salón de eventos

## Detalle del evento

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora del evento: \_\_\_\_\_ Mesa N°: \_\_\_\_\_

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

### Marcar según corresponda SI/NO:

SI NO

<b>1</b>	¿Se encuentra dentro del grupo de riesgo?						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>2</b>	¿Usted o algún miembro de su familia ha regresado en los últimos 14 días de algún país del exterior?						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>3</b>	¿Se encuentra cursando el aislamiento domiciliario por diagnóstico de COVID-19?						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>4</b>	¿Se encuentra cursando el aislamiento domiciliario por contacto estrecho de COVID-19?						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>5</b>	<b>¿Usted actualmente posee alguno de los siguientes síntomas? Indique cual/es:</b>											
			SI	NO			SI	NO			SI	NO
	Fiebre (>37,5°C)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad para respirar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vómitos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida del gusto		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrea		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de garganta		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida del olfato		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cefalea		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Firma: