

## Comité de Crisis de Gripe Municipio de General Pueyrredón

### FICHA CLINICO EPIDEMIOLOGICA DE GRIPE DECLARACION JURADA DEL PERSONAL A EMBARCARCE EN EL PUERTO DE MDP

Apellido y nombre: .....

Fecha de nacimiento: ...../...../..... edad: ..... sexo:.....

Domicilio: .....

Localidad: .....

Teléfono: .....

Ocupación: .....

Vacuna antigripal: si  no  Fecha de vacunación: ...../...../.....

DECLARAR SI O NO SI PRESENTA LOS SIGUIENTES SIGNOS Y/O SINTOMAS					
	<b>SI</b>	<b>NO</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
Fiebre igual o mayor de 38°			Conjuntivitis		
Dolor de cabeza			Bronquitis		
Dolor de garganta			Neumonía		
Tos			Erupción (en piel)		
Vómitos					
Diarreas					
Dolores musculares					
Congestión nasal					

#### DECLARAR SI O NO SI PRESENTA LOS SIGUIENTES FACTORES DE RIESGOS

	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Ser mayor de 65 años		
Enfermedades crónicas:		
Cardiaca:		
Pulmonar		
Diabetes		
Insuficiencia renal		
HIV o SIDA		
Inmunodeprimidos		

Firma y aclaración del tripulante  
DNI: