

## DECLARACIÓN DE SALUD PARA GRUPOS

T° \_\_\_\_\_

UNIDAD: PARQUE NACIONAL RIO CLARILLO

FECHA: \_\_\_\_\_

Por medio de mi firma, declaro que, en los últimos 14 días previos a esta fecha, el suscrito/a y los integrantes de su grupo:

- No ha sido declarado/a como caso confirmado de COVID-19.
- No ha experimentado síntomas comúnmente asociados con COVID-19 ( fiebre igual o sobre 37,8 grados, tos, dificultad para respirar, dolor de cabeza, dolor de garganta, dolores musculares, calofríos, diarrea, pérdida brusca del olfato, pérdida brusca del gusto).
- No ha mantenido contacto estrecho con un caso confirmado. (según definición vigente del Ministerio de Salud).
- No ha sido declarado/a en cuarentena por viaje u otra causa.

*Además de lo anterior, me comprometo a cumplir y a hacer cumplir todas las disposiciones, instrucciones y normativas de seguridad entregadas por el personal técnico y guardaparques de la Corporación Nacional Forestal –CONAF, en el cuidado personal y de las áreas silvestres protegidas, utilizando sus elementos de protección y manteniendo el distanciamiento físico.*

NOMBRE COMPLETO	EDAD	RUT O PASAPORTE	CORREO ELECTRÓNICO Ó TELÉFONO	FIRMA

***En el cuadro inferior debe completar los datos de su grupo:***

La información brindada en la presente Declaración es fidedigna, en consecuencia, asumo la responsabilidad que pudiera devenir de la comprobación de su falsedad o inexactitud.

## NÓMINA DE GRUPO ACOMPAÑANTE

NOMBRE COMPLETO		EDAD	RUT O PASAPORTE	CORREO ELECTRÓNICO Ó TELÉFONO
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				