



MENDOZA GOBIERNO

Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes

CERTIFICADO DE CONTACTO ESTRECHO

Con vacunas incompletas

Nombre: _____

DNI: _____

Se deja constancia que es contacto estrecho Asintomático, de un caso confirmado de COVID-19, **y NO posee vacunación completa** por lo cual, mientras permanezca sin ningún síntoma, **deberá cumplir cuarentena de 10 días a partir del último contacto con la persona positiva.**

En caso de presentar síntomas y NO tener ningún factor de riesgo*, Ud se considera un **CASO CONFIRMADO POR CRITERIO CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO**, debe auto- aislarse por 10 días a partir de la fecha de inicio de síntomas, siempre que presente evolución clínica favorable y no reciba otra indicación por profesional de la salud competente.

En caso de presentar síntomas y tener algún factor de riesgo*, Ud requiere ser evaluado y debe concurrir al efector de salud más cercano a su domicilio. Si Ud. tiene obra social, consultar en el efector que le corresponde según la misma.

**Factores de riesgo: mayor de 60 años, embarazo, Enfermedades crónicas, (principalmente aquellas severas o mal controladas: cardíacas, respiratorias, renales, endócrino-metabólicas), inmunocompromiso, Síndrome de Down.*

Adjuntar Anexo 6 con recomendaciones

/ /

Fecha

Firma y Sello



MENDOZA GOBIERNO

Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes

CERTIFICADO DE CONTACTO ESTRECHO

Con vacunas completas

Nombre: _____

DNI: _____

Se deja constancia que es contacto estrecho Asintomático, de un caso confirmado de COVID-19, **y posee vacunación completa**, por lo cual, mientras permanezca sin ningún síntoma, **NO deberá cumplir cuarentena estricta**, pero deberá por el término de 10 días, cumplir con las recomendaciones de cuidados especiales.

En caso de presentar síntomas y NO tener ningún factor de riesgo*, Ud se considera un CASO CONFIRMADO POR CRITERIO CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO, debe auto- aislarse por 7 días y mantener 3 días de cuidados especiales, siempre que presente evolución clínica favorable y no reciba otra indicación por profesional de la salud competente.

En caso de presentar síntomas y tener algún factor de riesgo*, Ud requiere ser evaluado y debe concurrir al efector de salud más cercano a su domicilio. Si Ud. tiene obra social, consultar en el efector que le corresponde según la misma.

**Factores de riesgo: mayor de 60 años, embarazo, Enfermedades crónicas, (principalmente aquellas severas o mal controladas: cardíacas, respiratorias, renales, endócrino-metabólicas), inmunocompromiso, Síndrome de Down.*

Adjuntar Anexo 6 con recomendaciones

/ /

Fecha

Firma y Sello