

Ficha de Sintomatología COVID-19 para el regreso o reincorporación al trabajo Declaración Jurada

He recibido explicación del objetivo de esta evaluación y me comprometo a responder con la verdad.

Datos del empleador

Empresa	RUC
---------	-----

Datos del empleado

Apellidos y nombres	DNI/C.E.
Área de Trabajo	Puesto de Trabajo
Correo electrónico	Número celular

MARQUE CON UNA X LAS SIGUENTES PREGUNTAS		SI	NO
1	En los últimos 7 días calendarios ha tenido alguno de los síntomas siguientes:		
	a. Sensación de alza térmica o fiebre (temperatura mayor de 37.2°C)		
	b. Dolor de garganta, tos, estornudos, dificultad para respirar o falta de aire		
	c. Dolor de cabeza, diarrea o congestión nasal		
	d. Pérdida del gusto y/o del olfato		
	Fecha de inicio de síntomas:		
¿Está tomando alguna medicación? Detallar cuál o cuáles:			
2	¿Usted ha tenido contacto directo o a menos de 1 metro de distancia con personas de casos sospechosos o confirmados de COVID-19 en los últimos 7 días? Entorno familiar () Entorno laboral () Entorno de Salud ()		
3	¿Usted conoce, ha aplicado y aplicará medidas de seguridad? como: lavado y desinfección de manos de forma frecuente y correcta, mantener distancia entre personas de 1 metro (recomendable) para así evitar el contagio del COVID-19, uso de la mascarilla (opcional o recomendable), ¿así como mantendrá las condiciones de higiene en todos los ambientes?		
4	¿Usted presenta una o más condición(es) de riesgo: edad mayor a 60 años, diabetes mellitus, obesidad (IMC > 30), enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad o tratamiento inmuno supresor (incluido VIH) pacientes oncológicos, enfermedades cardiovasculares (incluye Hipertensión arterial), enfermedad renal crónica, asma moderada o grave, gestantes y púerperas, enfermedad hepática crónica u otros establecidos en el documento normativo vigente del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades?		
5	¿Usted cuenta con Carné de vacunación físico o virtual que acredite haber completado su vacunación contra el COVID-19 (esquema completo, incluye primera, segunda y dosis de refuerzo)?		

Todos los datos expresados en esta ficha constituyen una declaración jurada de mi parte.

He sido informado que de omitir o falsear información puedo perjudicar la salud de mis compañeros y la mía propia, lo cual, de constituir una falta grave a la salud pública, asumo sus consecuencias.

Fecha: / /

Firma:

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD y PROTECCIÓN DE DATOS.

Garantizamos la confidencialidad de los datos recabados, los mismos que son requeridos dentro del marco del cumplimiento de la R.M. N°156-2020 PRODUCE y observando lo dispuesto por la Ley de Protección de Datos Ley No. 29733.