

## 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 10 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 10 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 65 años, cáncer, enfermedad renal crónica, enfermedad pulmonar crónica, afecciones cardíacas, diabetes mellitus tipo 1 o 2, obesidad (IMC>30), inmunosupresión, receptor de trasplante de órganos, enfermedad cerebrovascular, hipertensión arterial, síndrome de Down, embarazo, infección por VIH ¿otros establecidos en el documento normativo vigente del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades R.M. 881 2021 – CDC/MINSA?		
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.