|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ficha de sintomatología COVID-19**  **Para regreso al trabajo**  **Declaración Jurada** | | | | |
| He recibido explicación del objetivo de esta evaluación y me comprometo a responder con la verdad. | | | | |
| **Empresa** |  | | RUC: |  |
| **Apellidos y nombres** |  | | | |
| **Área de trabajo** |  | | DNI |  |
| **Dirección.** |  | | Nº Celular |  |
| En los últimos 14 días calendarios ha tenido alguno de los síntomas siguientes: | | | | |
|  | | | **SI** | **NO** |
| 1. Sensación de alza térmica o fiebre | | |  |  |
| 1. Tos, estornudo o dificultad para respirar | | |  |  |
| 1. Expectoración o flema amarilla | | |  |  |
| 1. Contacto con persona(s) con un caso confirmado de COVID-19 | | |  |  |
| 1. Está tomando alguna medicación (detallar cuál o cuáles) | | |  |  |
| …………………………………………………………………………………………… | | |
|  | | |  |  |
| Todos los datos expresados en esta ficha constituyen 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 | | |

*Anexo 1: Ficha de sintomatología COVID – 19*