|  |
| --- |
| **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 parteHe 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*