

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

A través de la presente declaro que 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

Datos del Trabajador

| | | | |
|---------------------|---------------------------------------|------------------------|------------------------|
| Nombre Colaborador: | ARANGOITIA GAVEDIA GIANFRANCO GABRIEL | Codigo: | C34680 |
| Resultado: | Autorizado | Tipo Empleado: | Interno |
| Compañía: | DISTRIBUIDORA CUMMINS PERU S.A.C. | Sede: | OFICINAS CALLAO |
| Roster: | SI | Fecha Inicio Vigencia: | 29/07/2020 10:39:42 AM |
| Fecha Fin Vigencia: | 30/07/2020 10:39:42 AM | Fecha Registro: | 29/07/2020 10:39:29 AM |

Cuestionario

- Mencione las 3 últimas ciudades/países donde estuvo en los últimos 14 días y fecha aproximada (considere escalas):
R: Ninguna
- ¿Ha tenido contacto con un caso confirmado de Coronavirus COVID-19 en los últimos 14 días?
R: No
- ¿Ha tenido contacto con un familiar con el que convive y que ha presentado síntomas respiratorios en los últimos 14 días? o ¿Tiene un familiar que lo ha visitado del extranjero en los últimos 14 días?
R: No
- ¿Ha visitado algún establecimiento de salud en los últimos 14 días?
R: No
- Si la respuesta es Si. Mencione el nombre del establecimiento y el motivo:
R:
- En los últimos 14 días ha tenido alguno de los siguientes síntomas:
R: No
- De presentar síntomas ¿Cuándo iniciaron?:
R:
- Otros síntomas:
R: Ninguno
- ¿Está tomando alguna medicación?
R: No
- Si la respuesta es Sí. Detallar cuál o cuáles:
R:
- Especificar la enfermedad identificada en la pregunta 6:
R: Ninguna
- ¿Tiene alguno o más de los siguientes factores de riesgo?, de ser su respuesta afirmativa marque todas las que apliquen:
R: No
- Especifique los factores de riesgo indicados en la pregunta 12.
R:
- Si usted tiene factores de riesgo, ¿Ha validado su Declaración Jurada por el Dr. Ocupacional de su compañía?
R: No
- ¿Ha tenido contacto con personas casos sospechosos en los últimos 14 días?
R: No

Nota: De presentar en cualquier momento, síntomas durante el desarrollo de sus funciones habituales, comunicarse de inmediato a su jefatura o líder SSOMA.