

## 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:	DE LA CRUZ RUIZ JULIO CESAR	Código:	C05589
DNI:	45331193	Resultado:	Autorizado
Tipo Empleado:	Interno	Compañía:	KOMATSU-MITSUI MAQUINARIAS PERU S.A.
Sede:	OFICINAS CALLAO	Roster:	NO
Fecha Inicio Vigencia:	31/05/2020 12:55:47 PM	Fecha Fin Vigencia:	01/06/2020 12:55:47 PM
Fecha Registro:	31/05/2020 12:55:50 PM		

## Cuestionario

- Mencione las 3 últimas ciudades/países donde estuvo en los últimos 14 días y fecha aproximada (considere escalas):  
R: Lima
- ¿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  
☐ Sensación de alza térmica o fiebre (especificar)  
☐ Tos, estornudos o dificultad para respirar  
☐ Dificultad para respirar  
☐ Dolor de garganta  
☐ Congestión o secreción nasal  
☐ Expectoración o flema amarilla o verdosa  
☐ Pérdida del olfato o pérdida del gusto  
☐ Dolor abdominal, náuseas o diarrea  
☐ Dolor en el pecho  
☐ Desorientación o confusión  
☐ Coloración azul en los labios
- De presentar síntomas ¿Cuándo iniciaron?:  
R:
- ¿Está tomando alguna medicación?  
R: No
- 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  
☐ Edad mayor de 65 años  
☐ Hipertensión arterial  
☐ Enfermedad cardiovascular (especificar)  
☐ Cáncer  
☐ Diabetes mellitus  
☐ Obesidad con IMC de 40 a más  
☐ Asma o enfermedad pulmonar crónica (especificar)  
☐ Insuficiencia renal crónica  
☐ Enfermedad, tratamiento inmunosupresor u otro estado de inmunosupresión  
☐ Otro (especificar)
- 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.