

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

A través de la presente declaro que todos los datos expresados en esta ficha son verdaderos y 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. También he sido informado que debo llenar este documento con cuidado y responsabilidad.

Datos del Trabajador

| | | | |
|------------------------|-----------------------------|---------------------|--------------------------------------|
| Nombre Colaborador: | DE LA CRUZ RUIZ JULIO CESAR | Código: | C035549 |
| DNI: | 45331193 | Resultado: | Autorizado |
| Tipo Empleado: | Interno | Compañía: | KOMATSU-MITSUI MAQUINARIAS PERU S.A. |
| Sede: | OFICINAS CALLAO | Sede Propia | NO |
| Fecha Inicio Vigencia: | 10/03/2021 1:06:50 PM | Fecha Fin Vigencia: | 10/03/2021 11:59:59 PM |
| Fecha Registro: | 10/03/2021 1:06:35 PM | Fecha Asistencia: | 10/03/2021 1:06:50 PM |
| Sede que asistirá: | SUCURSALAREQUIPA 1 | Zona: | Almacén |

Cuestionario

- Mencione las 3 últimas ciudades/países donde estuvo en los últimos 14 días y fecha aproximada (considere escalas):
R: sadssd
- ¿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 Sí. 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 y/o dolor de garganta
☐ Malestar general
☐ Dolor de garganta
☐ Congestión o secreción nasal
☐ Expectorcación o flema amarilla o verdosa
☐ Pérdida del olfato o pérdida del gusto
☐ Dolor abdominal, náuseas o diarrea
☐ Dolor en el pecho
☐ Cefalea (Dolor de cabeza)
☐ 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: asdasddas
- ¿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:
- ¿Ha tenido contacto con personas casos sospechosos en los últimos 14 días?
R: No
- ¿Ha sido diagnosticado positivo para COVID-19?
R: No
- ¿Cuenta con su alta correspondiente?
R: No
- ¿Tiene secuelas?
R: No
- Si usted tiene factores de riesgo, ¿Ha validado su Declaración Jurada por el Dr. Ocupacional de su compañía?
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.