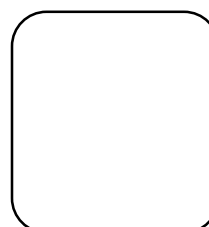


<input type="checkbox"/> Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/> Enfermedad 1endocrinológica
<input type="checkbox"/> Hinchazón de los miembros inferiores	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Dolor en piernas al caminar	<input type="checkbox"/> Dislipidemia
<input type="checkbox"/> Episodio coronario de algún tipo	<input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides
<input type="checkbox"/> Dificultad para deglutir	<input type="checkbox"/> Gota
<input type="checkbox"/> Ardor en el estómago	<input type="checkbox"/> Enfermedad de las articulaciones
<input type="checkbox"/> Úlcera Gástrica o duodenal	<input type="checkbox"/> Reumatismo
<input type="checkbox"/> Desordenes intestinales	<input type="checkbox"/> Artritis
<input type="checkbox"/> Dolor abdominal recurrente	<input type="checkbox"/> Movilidad limitada de miembros superiores o inferiores
<input type="checkbox"/> Hernias en la pared abdominal	<input type="checkbox"/> Enfermedad ósea (de los huesos)
<input type="checkbox"/> Sangrado por el sistema digestivo (como vómitos o con deposiciones)	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la columna
<input type="checkbox"/> Enfermedades del hígado	<input type="checkbox"/> Anemia
<input type="checkbox"/> Vómitos recurrentes	<input type="checkbox"/> Desorden de Coagulación o sangrado
<input type="checkbox"/> Hepatitis tipo A, B o C	<input type="checkbox"/> Hemolisis
<input type="checkbox"/> Cálculos en la vesícula	<input type="checkbox"/> Policitemia
<input type="checkbox"/> Síndrome con colon irritable	<input type="checkbox"/> Hemofilia
<input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual	<input type="checkbox"/> Dolor en la columna dorsal
<input type="checkbox"/> SIDA, portador de VIH	<input type="checkbox"/> Lumbalgia
<input type="checkbox"/> Disturbios visuales	<input type="checkbox"/> Dolor en el cuello
<input type="checkbox"/> Alergias a medicinas, comidas u otros agentes	<input type="checkbox"/> Movilidad Limitada de la columna
<input type="checkbox"/> Infección o enfermedad urinaria	<input type="checkbox"/> Otras enfermedades o condiciones no mencionadas arriba
<input type="checkbox"/> Cálculos renales	
<input type="checkbox"/> Presencia de sangre en la orina, Proteínas o glucosa	
<input type="checkbox"/> Hiperplasia de Próstata	
<input type="checkbox"/> Dificultad al orinar	

Aquellas enfermedades o condiciones marcadas serán evaluadas con mayor detalle durante la entrevista médica ocupacional.

TODA LA INFORMACION QUE HE PROPORCIONADO ES VERDADERA, NO HABIENDO OMITIDO NINGUN DATO EN FORMA VOLUNTARIA

Apellidos y Nombre: PEÑA TICLIAHUANCA ANTONIO  
DNI/C.E: 44839248



Fecha: 03 de Junio del 2020

**Nota: proporcionar información falsa al empleador está tipificada como falta grave, según lo dispuesto en el inciso del artículo 25 el TUO de la ley de productividad y competitividad laboral.**

# 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: SOCIEDAD AGRÍCOL RAPEL S.A.C

RUC:

20451779711

Apellidos y Nombres: PEÑA TICLIAHUANCA ANTONIO

Área de trabajo: \_\_\_\_\_ DNI 44839248

Dirección: CALLE RICHARD GORDON 583 C.P.M.URRUNAGA IV SECTOR - JOSE LEONARDO ORTIZ  
(celular) \_\_\_\_\_

Número

En los últimos 14 días calendario ha tenido algunos de los síntomas siguientes

	SI	NO
1. sensación de alza térmica o fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. tos, estornudos o flema o dificultad para respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. expectoración de flema amarilla o verdosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. contacto con persona(s) con un caso confirmado de COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Estas tomando alguna medicación (detallar cual o cuales):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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: 03 de Junio del 2020

Firma

b) por favor lea detenidamente y marque con una X en el cajón correspondiente si tuvo la condición:

<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza crónico	<input type="checkbox"/> Neumonía recurrente
<input type="checkbox"/> Enfermedades del cerebro	<input type="checkbox"/> Bronquitis crónica
<input type="checkbox"/> Desordenes del sistema nervioso central	<input type="checkbox"/> Enfisema
<input type="checkbox"/> Epilepsia (convulsiones)	<input type="checkbox"/> Enfermedad pleural
<input type="checkbox"/> Parálisis o parecias (parálisis parcial)	<input type="checkbox"/> Tos con rasgos de sangre o sangrado al toser (hemoptisis)
<input type="checkbox"/> Mareos y/o vértigo	<input type="checkbox"/> Resfríos recurrentes (más de 1 vez a la semana)
<input type="checkbox"/> Sincope o desmayo	<input type="checkbox"/> Dolor de oído
<input type="checkbox"/> Pérdida de conciencia	<input type="checkbox"/> sangrado por algún oído
<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> supuración (salida de material purulento) por el oído
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> zumbido de oídos
<input type="checkbox"/> Transtorno bipolar (maniaco-depresivo)	<input type="checkbox"/> Disminución de la audición
<input type="checkbox"/> Intento de suicidio	<input type="checkbox"/> Sensación de oído tapado (más de una vez a la semana)
<input type="checkbox"/> Tuberculosis pulmonar	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular
<input type="checkbox"/> Asma bronquial	<input type="checkbox"/> Enfermedades de la piel
<input type="checkbox"/> Tos persistente	<input type="checkbox"/> Ulcera persistente en la piel
<input type="checkbox"/> Palpitaciones	<input type="checkbox"/> Lunar que cambia de forma, tamaño y/o color
<input type="checkbox"/> Arritmia	<input type="checkbox"/> sensibilidad a la luz solar
<input type="checkbox"/> Dolor o disconfort en el tórax	<input type="checkbox"/> Enfermedad de mamas (tumorações, cambios d color en la piel, etc.)