Hipertensión arterial

Hinchazón de los miembros inferiores

Dolor en piernas al caminar

Episodio coronario de algún tipo

Dificultad para deglutir

Ardor en el estómago

Úlcera Gástrica o duodenal

Desordenes intestinales

Dolor abdominal recurrente

Hernias en la pared abdominal

Sangrado por el sistema digestivo (como vómitos o con deposiciones)

Enfermedades del hígado

Vómitos recurrentes

Hepatitis tipo A, B o C

Cálculos en la vesícula

Síndrome con colon irritable

Enfermedades de trasmisión sexual

SIDA, portador de VIH

Disturbios visuales

Alergias a medicinas, comidas u otros agentes

Infección o enfermedad urinaria

Cálculos renales

Presencia de sangre en la orina, Proteínas o glucosa

Hiperplasia de Próstata

Enfermedad endocrinológica

Diabetes

Dislipidemia

Enfermedad de tiroides

Gota

Enfermedad de las articulaciones

Reumatismo

Artritis

Movilidad limitada de miembros superiores o inferiores

Enfermedad ósea (de los huesos)

Enfermedad de la columna

Anemia

Desorden de Coagulación o sangrado

Hemolisis

Policitemia

Hemofilia

Dolor en la columna dorsal

Lumbalgia

Dolor en el cuello

Movilidad Limitada de la columna

Otras enfermedades o condiciones no mencionadas arriba

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

**Fecha: 03 de Junio del 2020**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Apellidos y Nombre: PEÑA TICLIAHUANCA ANTONIO**

**DNI/C.E: 44839248**

**Nota: proporcionar información falsa al empleador está tipificada como falta grave, según lo dispuesto en el inciso del articulo 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 **Número (celular)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**SI NO**

1. sensación de alza térmica o fiebre

2. tos, estornudos o flema o dificultad para respirar

3. expectoración de flema amarilla o verdosa

4. contacto con persona(s) con un caso confirmado de COVID-19

5. Estas tomando alguna medicación (detallar cual o cuales):

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:

Dolor de cabeza crónico Neumonía recurrente

Enfermedades del cerebro Bronquitis crónica

Desordenes del sistema nervioso central Enfisema

Epilepsia (convulsiones) e Enfermedad pleural

Parálisis o parecías (parálisis parcial) Tos con rasgos de sangre o sangrado al toser (hemoptisis)

Mareos y/o vértigo Resfríos recurrentes (más de 1 ves a la semana)

Sincope o desmayo Dolor de oído

Pérdida de conciencia sangrado por algún oído

Depresión supuración (salida de material purulento) por el oído

Ansiedad zumbido de oídos

Transtorno bipolar (maniaco-depresivo) Disminución de la audición

Intento de suicidio Sensación de oído tapado (más de una ves a la semana)

Tuberculosis pulmonar Enfermedad cardiovascular

Asma bronquial Enfermedades de la piel

Tos persistente Ulcera persistente en la piel

Palpitaciones Lunar que cambia de forma, tamaño y/o color

Arritmia sensab sensibilidad a la luz solar

Dolor o disconfort en el tórax Enfermedad de mamas (tumoraciones, cambios d color en la piel, etc.)