



FICHA DE SINTOMATOLOGÍA COVID 19

OLPESA-SOMA-F-040

Versión : 002

13/05/2020

Página 1 de 1

Por el presente documento, yo MENDOZA ATERO ELVIS RAUL identificado con DNI N° 46033275 y con domicilio en Tocache del distrito de TOCACHE de la provincia de TOCACHE del departamento de SAN MARTIN, he recibido explicación del objetivo de esta evaluación y me comprometo a responder con la verdad sobre estos últimos 07 días calendarios de acuerdo al marco de los derechos y obligaciones y en ejecución de los principios de prevención, información y adecuación en materia de seguridad y salud en el trabajo establecidos en la Ley N° 29783, aprobado por el D.S. N° 005-2012-TR y la R.M. N° 239-2020-MINSA, DECLARO BAJO JURAMENTO la información contenida con referencia a:

1 ¿Ha tenido o tiene la sensación de alza térmica o Fiebre?

SI ☐

NO ☒

2 ¿Ha tenido o tiene tos, estornudo, dolor de cabeza, dificultad a respirar, escalofríos, malestar general intenso?

SI ☐

NO ☒

3 ¿Ha presentado una expectoración con flema amarilla o verdosa?

SI ☐

NO ☒

4 ¿Alguno de sus familiares de su hogar presenta estos síntomas antes mencionados?

SI ☐

NO ☒

5 ¿Ha tenido o tiene contacto con persona(s) con un caso confirmado de COVID-19?

SI ☐

NO ☒

6 ¿Esta tomando alguna medicación?

SI ☐

NO ☒

7 ¿Ha tenido contacto con alguna persona que se sospecha o ha tenido coronavirus?

SI ☐

NO ☒

Conforme a lo establecido en la Ley N° 29733 - Ley de protección datos personales, con la firma del presente documento doy mi consentimiento libre, previo, informado, expreso e inequívoco para que Oleaginosas del Perú S.A. realice el tratamiento de los datos personales que le proporcione de forma física o digital con la finalidad de ejecutar cualquier relación contractual que mantengo y/o mantendré con la misma, así como para fines estadísticos y/o analíticos, o para ejecutar medidas de prevención en salud. Declaro mi derecho a acceder, rectificar, actualizar, revocar, cancelar y suprimir este consentimiento en cualquier momento y a los datos personales brindados. La información brindada se encontrará protegida por los derechos y obligaciones de la Ley N° 29733 y el D.S. N° 003-2013-JUS, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo y Reglamento de Protección de Datos Personales respectivamente.

Además declaro que bajo consentimiento acepto que envíen a mi WhatsApp toda información brindada por la empresa acerca de covid-19 y mantenerme actualizado con la información

De acuerdo a lo regulado por la ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo, el D.S. N° 003-97-TR, Ley de Productividad y Competitividad Laboral, así como el reglamento interno de Trabajo de la Empresa y el reglamento interno de Seguridad y Salud en el Trabajo, en caso de comprobarse falsedad alguna me someteré las sanciones previstas de acuerdo a Ley.

Villa Palma, 03 de Setiembre del 2020

Firma del Trabajador

D.N.I. N° :46033275.....

Celular :



Huella Dactilar