

FICHA DE SINTOMATOLOGÍA COVID-19 DECLARACIÓN JURADA

Declaro haber recibido explicación del objetivo de esta evaluación y me comprometo a responder con la verdad.

| | | | |
|------------------------------|--|------------------|--|
| Empresa : | | RUC : | |
| Apellidos y nombres : | | DNI : | |
| Área de trabajo : | | Puesto : | |
| Dirección : | | Celular : | |
| Persona de contacto : | | Celular : | |

En los últimos 14 días calendarios ha tenido alguno de los síntomas:

| ID | DETALLE | SI | NO |
|----|--|----|----|
| 01 | Sensación de alza térmica o fiebre | | |
| 02 | Tos, estornudo o dificultad para respirar | | |
| 03 | Expectoración o flema amarilla o verdosa | | |
| 04 | Contacto con persona(s) con un caso confirmado de COVID-19 | | |
| 05 | Está tomando alguna medicación (detallar cuál o cuáles son:) | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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: ____/____/____

FIRMA:

APELLIDOS Y NOMBRES:

DNI: