



## DECLARACIÓN JURADA DE SALUD - COVID-19

(Aplica para todos los trabajadores, clientes, contratistas, proveedores, visitantes)

CODIGO	MAN.04.REG.01
VERSION	01
FECHA	22/04/2020

**Nota: Debe de ser llenada ANTES del ingreso al area de trabajo**

Apellidos y Nombres:..... Edad: .....

Empresa para la que labora:..... DNI N° .....

Empresa a la que va a visitar: .....

Motivo del ingreso: .....

.....

**Indique Ud. (Por favor SEA SINCERO en sus respuestas)**

¿Ha estado Ud. En contacto con algún paciente sospechoso, probable o confirmado con COVID-19?

SI  NO

¿Ha estado Ud. en alguna zona donde hubo casos de COVID-19?

SI  NO

¿Ha estado Ud. en el exterior o en contacto con alguien que haya viajado al exterior en los últimos 14 días?

.....  
.....

### FACTORES DE RIESGO PARA EL COVID-19

¿Es Ud. Mayor de 60 años, o padece alguna enfermedad crónica o degenerativa, tales como: hipertensión arterial, obesidad, enfermedades cardiovasculares, diabetes, asma, enfermedad pulmonar crónica, insuficiencia renal crónica y/o alguna enfermedad o tratamiento inmunosupresor? ¿Cursa en este momento con embarazo o esta en periodo de lactancia?

.....  
.....

¿Toma usted medicamentos? Indique Cuales:

.....  
.....

**Actualmente presenta usted alguno de estos síntomas:**

Fiebre/Sensación de alza térmica	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Estornudos	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Malestar General	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Dolor Muscular	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Dificultad para Respirar	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Dolor de Cabeza	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Dolor de Garganta	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Cansancio y Fatiga	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Labios azulados	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Tos Seca	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Congestión Nasal	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Alteraciones olfatorias	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Alteraciones gustativas	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Dolor de pecho	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Otros	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Declaro que las respuestas dadas en el presente documento son verdaderas y estoy consciente que el ocultar o falsear información me puede causar daño, a mis familiares, a mis compañeros y/o a terceros, por lo que asumo **TOTAL RESPONSABILIDAD** de lo aquí declarado.

TEMPERATURA CORPORAL

°C

FECHA

AUTORIZACIÓN DE INGRESO

SI

NO

NOMBRES DEL EVALUADOR:

FIRMA:

FIRMA Y HUELLA DIGITAL DEL PERSONAL EVALUADO