

FICHA DE SINTOMATOLOGIA.

Ante el estado de emergencia nacional por el COVID-19 se hace imprescindible y necesario que todos nuestros trabajadores ingresen a las operaciones de INMAC PERU SAC en buen estado de salud física y mental.

Asimismo, se solicita a todos nuestros trabajadores programados para ingreso a nuestras operaciones, completen la presente declaración jurada con la finalidad de minimizar el riesgo de aparición de casos COVID-19 a nuestras operaciones y poner en riesgo a nuestros trabajadores.

He recibido explicación del objetivo de esta evaluación y me comprometo a responder con la verdad. También he sido informado que de omitir o falsear información estaré perjudicando la salud de mis compañeros lo cual es una falta grave.

DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres				Fecha Nacimiento			
Sexo		Edad		N° DNI / Pasaporte:		Contacto telefónico	
Dirección de vivienda							
Distrito		Provincia		Departamento			
Empresa		Area de trabajo		Puesto laboral			

ANTECEDENTES - EN LOS ULTIMOS 14 DÍAS

	Si	No
¿Ha tenido contacto con personas sospechosas o confirmadas de COVID-19?		
¿Ha tenido Ud. contacto con alguna persona que presenta al menos uno de los siguientes síntomas?: tos, dolor de garganta,		
¿Ha visitado algún establecimiento de salud?		
¿Ha viajado al exterior?		
En caso sea afirmativa la pregunta anterior, indique exactamente a que país viajó:	N/A	N/A
En caso sea afirmativa la pregunta anterior, indique:	N/A	N/A

Comorbilidades	Si	No		Si	No
Hipertensión arterial			Enfermedad o tratamiento inmunodepresor		
Enfermedad Cardiovascular (Especificar en observaciones)			Cancer		
Diabetes mellitus			Tabaquismo		
Asma o Enfermedad pulmonar crónica (Detallar en observaciones)			Obesidad (IMC > 30)		
Enfermedad autoinmune			Otras enfermedades:		

Observaciones:

¿Ud presenta alguno de estos síntomas en los ultimos 14 días?

Sintoma	Si	No	Sintoma	Si	No
Fiebre o Sensación de alza térmica			Congestión ocular		
Tos			Diarrea		
Estornudos			Perdida de olfato		
Dolor de garganta			Escalofríos		
Dolor abdominal			Perdida del gusto (Lengua)		
Dificultad para respirar			Nauseas o Vómitos		
Congestión o secreción nasal			Dolor de oído		
Malestar general			Dolor articular		
Dolor de pecho			Diarrea		
Dolor de cabeza			Falta de apetito		
Coloración azul de los labios			Desorientación o confusión		
Expectoración o flema amarilla o verdosa			Otros síntomas:		
Toma alguna medicación?			Especifique medicamento		

Declaro que en caso de tener positivo alguno de los síntomas durante mi permanencia en las operaciones de INMAC PERU SAC acudiré de inmediato en busca de personal de salud.

Apellidos y Nombres:
DNI:.....

Firma:.....
Fecha:.....