

# 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   |          | LABRIN CASPEDES RAMOS SEGUNDO |                | Fecha Nacimiento    |          | 24-12-85            |           |
| Sexo                  | M        | Edad                          | 36             | N° DNI / Pasaporte: | 44710169 | Contacto telefónico | 969657318 |
| Dirección de vivienda |          | CALLE MIRAFLORES 5-10         |                |                     |          |                     |           |
| Distrito              | SAN JUAN | Provincia                     | MAYNAS         | Departamento        | LORETO   |                     |           |
| Empresa               | INMA     | Area de trabajo               | CONSTRUCCIONES | Puesto laboral      | CORQUERO |                     |           |

## ANTECEDENTES - EN LOS ULTIMOS 14 DIAS

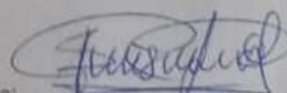
|                                                                                                                           | Si  | No  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| ¿Ha tenido contacto con 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 |
| <b>Comorbilidades</b>                                                                                                     | Si  | No  |
| Hipertensión arterial                                                                                                     |     | ✓   |
| Enfermedad Cardiovascular (Especificar en observaciones)                                                                  |     | ✓   |
| Diabetes mellitus                                                                                                         |     | ✓   |
| Asma o Enfermedad pulmonar crónica (Detallar en observaciones)                                                            |     | ✓   |
| Enfermedad autoinmune                                                                                                     |     | ✓   |
| Otras enfermedades:                                                                                                       |     |     |
| Observaciones:                                                                                                            |     |     |

## ¿Ud presenta alguno de estos síntomas en los últimos 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: LABRIN CASPEDES RAMOS SEGUNDO  
DNI: 44710169

Firma:   
Fecha: 09-08-2022