

DECLARACIÓN JURADA DE RETORNO LABORAL COVID-19

He recibido explicación sobre el llenado de este documento y me comprometo a responder con la verdad. También he sido informado que de omitir o falsear información puedo perjudicar la salud de mis compañeros, lo cual es una falta grave, según el Reglamento Interno de Trabajo:

Apellidos:	RIOS CARRANZA	
Nombres:	AURIAESTELA EMELDA	
Edad:	27	
Región de Procedencia:	LA LIBERTAD	
Empresa:	LAVORO	
Área de trabajo:	OPERACIONES	
Fecha:	13/01/25	

La información proporcionada en este cuestionario será custodiada por el área de salud ocupacional de OHLA, para saber si Ud. se encuentra en buen estado de salud para visitar y/o laborar en el proyecto. Coloque una "X", según corresponda:

A. Síntomas de COVID-19:

En los últimos días, Ud. ha presentado:

SÍNTOMAS	SI	NO	SÍNTOMAS	SI	NO
Sensación de alza térmica	☐	X	Pérdida del olfato y/o gusto	☐	X
Fiebre	☐	X	Dolor abdominal	☐	X
Tos	☐	X	Náuseas	☐	X
Estornudos	☐	X	Diarrea	☐	X
Dificultad para respirar	☐	X	Dolor en el pecho	☐	X
Congestión Nasal	☐	X	Desorientación o confusión	☐	X
Secreción Nasal	☐	X	Coloración azul en los labios	☐	X
Expectoración o Flema Amarilla o Verdosa	☐	X	Malestar General	☐	X

B. Contactos con personas con diagnóstico de COVID-19 o lugares con alto riesgo de contagio de COVID-19

	SI	NO
Ha tenido contacto con casos sospechosos o confirmados de COVID-19 en su entorno familiar o social	☐	X
Ha visitado un establecimiento de salud	☐	X

C. Antecedentes Personales:

Factores de riesgo para enfermarse gravemente por COVID-19:

	SI	NO		SI	NO
Edad mayor de 60 años	☐	X	Enfermedades cardiovasculares (incluye hipertensión arterial)	☐	X
Diabetes mellitus	☐	X	Enfermedad renal crónica	☐	X
Obesidad (IMC > 30)	☐	X	Asma moderada o grave	☐	X
Enfermedad pulmonar crónica	☐	X	Gestante y/o puerpera	☐	X
Enfermedad o tratamiento inmunosupresor (incluye VIH)	☐	X	Enfermedad hepática crónica	☐	X

Vacunación COVID-19

	SI	NO
¿Ha recibido las 3 dosis de vacuna de COVID-19?	X	☐
¿Ha recibido 1 o más dosis de refuerzo de la vacuna de COVID-19?	☐	X

En pleno uso de mis facultades físicas y mentales y en correspondencia con la información proporcionada, **DE CONFORMIDAD AL LITERAL I) DEL ARTÍCULO 79 DE LA LEY N° 29783 (LEY DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO); DECLARO BAJO JURAMENTO:** Que, gozo de buen salud física y mental, sometiéndome a las acciones que correspondan de acuerdo con la legislación nacional vigente, en caso de verificarse su falsedad. Firmo en señal de conformidad:

Aurora R.

FIRMA