



CONTROL DEL RIESGO DE SINTOMATOLOGIA FRENTE AL COVID 19

Revisado:

Preparado:

KZR

Aprobado:

Fecha:

GG

01/05/2020

Página:

Ficha para el control de sintomatología⁷

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 y la mía, que, de constituir una falta grave a la salud pública, asumo las consecuencias.

Apellidos y nombres:**AVILA DE LA CRUZ
MARCOS****DNI:****18206575****Dirección: Mz D Lot 4 Urb. Celular 945297164
Villa Aeropuerto****Temperatura: 36°C**

Descripción de síntomas y situaciones de riesgo

SI

NO

1. Sensación de alza térmica o fiebre

X

2. Tos, estornudos o dificultad para respirar

X

3. Expectoración o flema amarilla o verdosa

X

4. Contacto con persona(s) con un caso confirmado de COVID-19

X

5. Está tomando alguna medicación (detallar cuál o cuáles):

X

Fecha: 01/11/2023

Firma

Imprimir ambos lados para practicar ecoeficiencia.

**DECLARACION JURADA SIMPLE DE GOZAR DE BUENA
SALUD**

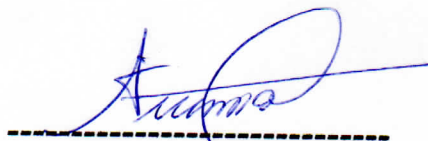
Yo, Marcos Avila De La Cruz, identificado con DNI N°18206575, con domicilio en Mz D Lot 4 Urb. Villa Aeropuerto, Distrito De Huanchaco, Provincia Trujillo, Departamento De La Libertad.

DECLARO BAJO JURAMENTO:

Que, gozo de buena salud, que puedan ameritar la invalidación a realizar la visita guiada.

Los datos contenidos en esta Declaración Jurada, son verdaderos, por lo que se puede efectuar las investigaciones pertinentes a fin de verificar la información, en caso de comprobarse la falsedad, me someto a las sanciones estipuladas en la ley.

Trujillo, 31 de octubre, del 2023



Marcos Avila De La Cruz
Dni: 18206575