OHLA
Perú

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:	BUSTAMANTE FLORES
Nombres:	FREDI VENANCIO
Edad:	42
Región de Procedencia:	LIMA
Empresa:	ACONTRI & ASOCIADOS SAC
Área de trabajo:	OFICINA
Fecha:	30/09/2024

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 enfermar 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 puérpera		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 l) 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:

FIRMA 42030162