



CONTROL DEL RIESGO DE SINTOMATOLOGIA FRENTE AL COVID 19

Revisado:	Preparado: KZR
Aprobado: GG	Fecha: 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:
QUISPE URBINA
SEGUNDO

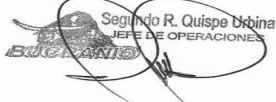
DNI:26716451

Dirección: Mz B Lot 13 Celular 951713928
Urb. 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


Segundo R. Quispe Urbina
JEFE DE OPERACIONES
BUCRANIO

Firma

Imprimir ambos lados para practicar ecoeficiencia.

DECLARACION JURADA SIMPLE DE GOZAR DE BUENA SALUD

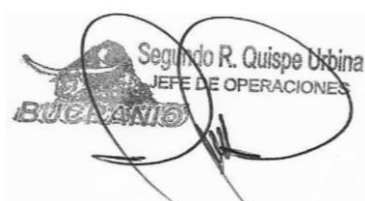
Yo, Segundo Quispe Urbina, identificado con DNI N° 26716451, con domicilio en Mz B Lot 13 Urb. Villa Aeropuerto, Distrito De Huanchaco, Provincia Trujillo, Departamento De La Libertad.

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



Segundo R. Quispe Urbina
JEFE DE OPERACIONES
BUCHANIO

Segundo Quispe Urbina
Dni: 26716451