

Anexo 02: Evaluación de la aptitud para regreso o reincorporación al trabajo

Declaración jurada

Nombres y apellidos: JORGE RAUL VARGAS PESANTES

Área de trabajo: TRUJILLO

DNI: 18/24910

Dirección: JO. JOSE PANDO 335 DE ALV. H.

Celular: 956332097

En los últimos 10 días calendario, ha tenido alguno de los síntomas siguientes:

SI NO

1. Sensación de alza térmica, fiebre o malestar		X
2. Dolor de garganta, tos, estornudos o dificultad para respirar		X
3. Dolor de cabeza, diarrea o congestión nasal		X
4. Pérdida del gusto y/o de olfato		X
5. Contacto un caso confirmado de COVID 19		X
6. Está tomado alguna medicación (Detallar cuál o cuáles) Levotiroxina 150mg		X
7. Pertenece a algún grupo de riesgo por COVID 19:		
Mayor de 65 años		X
Cáncer		X
Enfermedad renal crónica		X
Enfermedad pulmonar crónica		X
Afecciones cardíacas		X
DM (diabetes) tipo 1 o 2		X
Obesidad (IMC mayor a 30)		X
Inmunosupresión		X
Receptor de trasplante de órganos		X
Enfermedad cerebrovascular		X
Hipertensión arterial		X
Síndrome de Dawn		X
Embarazo		X
Infección por VIH		X
Otro:		

He recibido explicación del objetivo de esta evaluación y he respondido con la verdad.

Estado de vacunación SARS CoV-2 (# de dosis):

He recibido la explicación del objetivo de esta evaluación y he respondido con la verdad.

Fecha: 26/05/2023

Firma del trabajador:

