

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:	Aguirre Reaño
Nombres:	Carlos Martín
Edad:	43
Región de Procedencia:	La Libertad
Empresa:	Corporación Peruana de Centros Médicos S.A.C.
Área de trabajo:	Administración
Fecha:	30-09-24

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	☐	☒	Pérdida del olfato y/o gusto	☐	☒
Fiebre	☐	☒	Dolor abdominal	☐	☒
Tos	☐	☒	Náuseas	☐	☒
Estornudos	☐	☒	Diarrea	☐	☒
Dificultad para respirar	☐	☒	Dolor en el pecho	☐	☒
Congestión Nasal	☐	☒	Desorientación o confusión	☐	☒
Secreción Nasal	☐	☒	Coloración azul en los labios	☐	☒
Expectoración o Flema Amarilla o Verdosa	☐	☒	Malestar General	☐	☒

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	☐	☒
Ha visitado un establecimiento de salud	☐	☒

C. Antecedentes Personales:

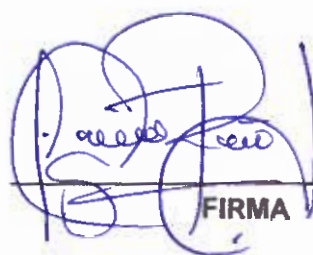
Factores de riesgo para enfermar gravemente por COVID-19:

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

Vacunación COVID-19

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

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:


FIRMA

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:	Artemio Alejandro
Nombres:	García Cabrera
Edad:	43
Región de Procedencia:	La Libertad
Empresa:	Corporación Peruana de Centros Médicos S.A.C
Área de trabajo:	Dirección Médica
Fecha:	30-09-24

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	☐	☒	Pérdida del olfato y/o gusto	☐	☒
Fiebre	☐	☒	Dolor abdominal	☐	☒
Tos	☐	☒	Náuseas	☐	☒
Estornudos	☐	☒	Diarrea	☐	☒
Dificultad para respirar	☐	☒	Dolor en el pecho	☐	☒
Congestión Nasal	☐	☒	Desorientación o confusión	☐	☒
Secreción Nasal	☐	☒	Coloración azul en los labios	☐	☒
Expectoración o Flema Amarilla o Verdosa	☐	☒	Malestar General	☐	☒

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	☐	☒
Ha visitado un establecimiento de salud	☐	☒

C. Antecedentes Personales:

Factores de riesgo para enfermar gravemente por COVID-19:

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

Vacunación COVID-19

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

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:


FIRMA

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:	Avalos Vargas
Nombres:	Juan Manuel
Edad:	49
Región de Procedencia:	La Libertad
Empresa:	Corporación Peruana de Centros Médicos S.A.C
Área de trabajo:	Operaciones
Fecha:	30-09-24

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	☐	☒	Pérdida del olfato y/o gusto	☐	☒
Fiebre	☐	☒	Dolor abdominal	☐	☒
Tos	☐	☒	Náuseas	☐	☒
Estornudos	☐	☒	Diarrea	☐	☒
Dificultad para respirar	☐	☒	Dolor en el pecho	☐	☒
Congestión Nasal	☐	☒	Desorientación o confusión	☐	☒
Secreción Nasal	☐	☒	Coloración azul en los labios	☐	☒
Expectoración o Flema Amarilla o Verdosa	☐	☒	Malestar General	☐	☒

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	☐	☒
Ha visitado un establecimiento de salud	☐	☒

C. Antecedentes Personales:

Factores de riesgo para enfermar gravemente por COVID-19:

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

Vacunación COVID-19

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

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:



FIRMA