

RUC 20166236950 URB. ENRIQUE LÓPEZ ALBUJAR B-1 I ETAPA –C.P SAN ANTONIO

**FICHA DE SINTOMATOLOGIA COVID -19 PARA REGRESO AL TRABAJO**

**DECLARACION JURADA**

He recibido explicación del objetivo de esta evaluación y me comprometo con la verdad.

También he sido informado que de omitir o falsear información estaré perjudicando la salud de mis compañeros, lo cual es una falta grave.

1.-APELLIDOS Y NOMBRES ………………………………………………………………………………………………………..

2.-Edad: 3.- dirección…………………………………………………………………….

4.-DNI………………………………… …………………………………………………5.-N° CELULAR…………………………..

6.- puesto (cargo(: ………………………….7.-ÁREA DE TRABAJO:……………………………8.-programa………

9.-peso:………………………………10 estatura:…………………………….11.IMC( KGR/M2):………………………..

12.-En los últimos 14 días ha tenido alguno de los síntomas siguientes: SI NO

|  |  |
| --- | --- |
| a. |  |
| b. |  |
| c. |  |
| d. |  |
| e. |  |
| f. |  |
| g. |  |
| h. |  |
| i. |  |
| j. |  |

a.- Sensación de alza térmica o fiebre --------------------

b.- Tos, estornudos o dificultad para respirar ------------------

c.- Sensación de falta de aire o dificultad para respirar (disnea)----

d.- Expectoración o flema amarilla o verdosa ---------------

e.- Dolor de garganta, dolor de pecho------------------------------

f.-Pérdida de olfato (onosmia)y/ o gusto ( ageustia)------------

g.-Desorientación ,confusión, mareos o malestar general -------

h.-Contacto con persona (s) con un caso confirmado de--------

COVID -19

i.-Esta tomando alguna medicación ( detalle): ---------------

j. Contacto con persona (s) con un caso confirmado de

COVID -19 ----------------------------------------------------

**13.- sufre de algunas condiciones de salud o enfermedad (colocar SI O NO)**

**SI NO**

|  |  |
| --- | --- |
| a. |  |
| b. |  |
| c. |  |
| d. |  |
| e. |  |
| f. |  |
| g. |  |

a. Gestación o lactancia (mujeres) ------------------------------------------

b. Cáncer---------------------------------------------------------------------------

c. Diabetes-------------------------------------------------------------------------

d. Asma ---------------------------------------------------------------------------

e. Hipertensión Arterial--------------------------------------------------------

f. insuficiencia renal-------------------------------------------------------------

g. Inmunodeficiencia (VIH-SIDA)---------------------------------------------

14.- HA SIDO CASO CONFIRMADO O SOSPECHOSO DE COVID -19 ( COLOCAR FECHA O NO)

Todos los datos expresados en esta ficha constituyen declaración jurada de mi parte.

He sido informado que de omitir o declarar información falsa pude perjudicar la salud de mis compañeros de trabajo, y la mía propia, asumiendo las responsabilidades que corresponden.

Fecha: ………/……../……….. ……………………………………………..

FIRMA

Declaración Jurada de Vulnerabilidad frente al COVID 19

La presente Declaración Jurada, se realiza al amparo del principio de presunción de veracidad establecida en el artículo IV numeral 1 punto 1.7 del Decreto Supremo N° 004 – JUS – 2019 que aprueba la Ley del Procedimiento Administrativo General N° 27444.  
Con la remisión de esta Declaración Jurada a Recursos Humanos se otorga su conformidad.

\*Obligatorio

Dirección de correo electrónico \*

…………………………………………………………………………………………………..

APELLIDOS Y NOMBRES \*

………………………………………………………………………………………………

DNI …………………………………….EDAD …………………………………

……………………………………………………………………………………..

N° CELULAR ……………………………………………………………………………….

Nombre de Contacto en caso de Emergencias …………………………………………

………………………………………………………………………………………………….

N° de celular de la persona a contactar en caso de emergencias: …………………………………………………………………………………………………

IMC = PESO EN KG /(Talla X Talla)

Cuál es la estatura en cm ( ejm : 1.70 cm)

Tu respuesta:………………………………………………………………………………….

Cuál es tu peso en kilos?

Tu respuesta:………………………………………………………………………………….

1. ¿A qué dependencia de la GREMO perteneces? \*

………………………………………………………………………………………………….

1.1. ¿Cuál es tu modalidad de contrato? \*

Nombrado ( )

Designado ( )

CAS ( )

Locación de Servicios ( )

Terceros ( )

Otro:

…………………………………………………………………………………..

2. ¿Cuentas con un Seguro de Salud? \*

Sí…………

No………..

3. Si la respuesta anterior es positiva, señale el tipo de seguro que tiene:

………………………………………………………………………………………

4. En los últimos días o semanas, usted o algún familiar con el que vive o frecuenta ha presentado los siguientes síntomas: \*

Tos seca

Fiebre

Dolor de garganta

Malestar general

Tiene dificultad para respirar

No percibe bien los olores ni siente sabor a los alimentos

No presenta síntomas

5. Si las hubiera, ¿cuantas personas de su entorno familiar (incluyéndolo) son portadores confirmados del COVID-19? \*

………………………………………………………………………………………………………

6. Por favor, precise dónde recibe atención:

…………………………………………………………………………………………..

7. Por favor, describa las medidas adoptadas:

……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………….

8. ¿Padece usted alguna enfermedad crónica? \*

* Sí ………
* No ………..

9. Señale el nombre de la enfermedad (MARCAR)

* **HIPERTENSION ARTERIAL ( )**
* **ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES ( )**
* **DIABETES ( )**
* **OBESIDAD ( )**
* **ASMA ( )**
* **ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRÓNICAS ( )**
* **INSUFICIENCIA RENAL ( )**
* **ENFERMEDAD O TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR ( )**

10. Si usted es mujer y está embarazada confirme el tiempo (semanas) de gestación:……………………………………………………………………………….

Declaro bajo juramento que todos los datos expresados en este formulario constituyen una Declaración Jurada de mi parte y están sujetos a los controles posteriores que efectúe la Gerencia Regional de Educación de Moquegua.

He sido informado (a) que de omitir o falsear información puede perjudicar la salud de mis compañeros(as) y la mía propia, considerándose esta acción como falta grave y atentado a salud pública, asumiendo la responsabilidad que ello conlleva.

El Tratamiento de la información brindada en el presente formulario, se encuentra bajo los alcances de la Ley N 29733, Ley de protección de Datos Personales. Se encuentra prohibido el uso distinto para el cual fueron proporcionados.

**Nota: En caso de retorno deberá presentar su Constancia de Prueba y Carta Notarial en caso de tener más de 65 años.**

**Firma y huella-**