

## Ficha de sintomatología COVID-19 para Ingreso a Oficinas Declaración Jurada

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 puedo perjudicar la salud de mis compañeros y la mía propia, lo cual de constituir una falta grave a la salud pública, asumo sus consecuencias.

**ENTIDAD:** AGENCIA DE PROMOCIÓN DE LA INVERSIÓN PRIVADA - PROINVERSIÓN  
**RUC** 20380799643

**Nombres y apellidos:** \_\_\_\_\_

**Empresa:** \_\_\_\_\_

**DNI:** \_\_\_\_\_

**Edad** \_\_\_\_\_

**Número (celular):** \_\_\_\_\_

### En caso de emergencia contactar a:

Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Número de contacto: \_\_\_\_\_

En los últimos 14 días ha tenido algunos de los síntomas siguientes:

|   | SI | NO |
|---|----|----|
| 1.Fiebre  |    |    |
| 2.Tos   |    |    |
| 3.Expectoración o flema amarilla o verdosa              |    |    |
| 4.Estornudos o congestión nasal                         |    |    |
| 5.Dificultad para respirar o sensación de falta de aire |    |    |
| 6.Dolor de garganta                                     |    |    |
| 7. Pérdida de olfato y/o gusto                          |    |    |
| 8.Está tomando alguna medicación (detalle):             |    |    |

**¿En los últimos 14 días estuvo en contacto cercano con alguna persona que sea caso confirmado de Covid-19?**

**Marque con un aspa (X) donde corresponda**

- En mi familia  
 En mi trabajo  
 Otros, especificar:  
 No tuve contacto

**Declaro bajo juramento que la información brindada en el presente documento es verdadera y acepto que sea utilizado para el fin señalado.**

\_\_\_\_\_  
**Firma electrónica**

**NOTA:** La información proporcionada en esta ficha tiene el carácter de reservada y se encuentra protegida por la LEY N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales.

Lima, \_\_\_\_ de noviembre del 2022