

Ficha de sintomatología COVID-19 Para Regreso al Trabajo 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

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..... del 2021