

**FICHA DE SINTOMATOLOGIA  
PARA EL REGRESO AL TRABAJO  
DECLARACION JURADA**

He recibido explicación sobre el objetivo de esta evaluación y me comprometo a responder con la verdad.

Entidad Pública: \_\_\_\_\_ RUC: \_\_\_\_\_

Órgano : \_\_\_\_\_ Unidad Orgánica: \_\_\_\_\_

Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

En los últimos 14 días ha tenido alguno de los síntomas siguientes

**SI NO**

Sensación de alza térmica o fiebre

☐ ☐

Tos, estornudos o dificultad para respirar

☐ ☐

Expectoración o flema amarilla o verdosa

☐ ☐

Contacto con persona(s) con un caso confirmado de COVID-19

☐ ☐

Está tomando alguna medicación?

☐ ☐

Detallar cuál o cuáles:

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

He sido informado que de omitir o falsear información, puedo perjudicar la salud de mis compañeros, y la mia propia, lo cual de constituir una falta grave, asumo sus consecuencias.

FECHA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / **2020**

FIRMA:



# Declaración Jurada de la condición de salud personal y entorno familiar de los trabajadores y modalidades formativas del Ministerio de Agricultura y Riego.

En el marco de las disposiciones emitidas en el Documento Técnico: "Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de la Salud de los Trabajadores con riesgo de exposición a COVID-19", aprobado por la Resolución Ministerial N° 448-2020-MINSA, se solicita en forma obligatoria, completar el presente formulario con la finalidad de brindar información necesaria orientada a preservar su estado de salud. Precizando que la misma será de uso exclusivo de la Oficina de Recursos Humanos o la que haga sus veces.

**\*Obligatorio**

Dirección de correo electrónico \*

No se puede prellenar la dirección de correo electrónico.

Información General

DNI \*

Tu respuesta

APELLIDOS PATERNO Y MATERNO \*

Tu respuesta

NOMBRES \*

Selecciona tu Régimen Laboral o condición de trabajo / servicio: \*

Elegir

ÓRGANO / UNIDAD ORGÁNICA \*

Elegir

¿Cuál es tu dirección? \*

Tu respuesta

Selecciona el distrito en el que vives: \*

Elegir

Información General

Detalla por favor el distrito en el que vives: \*

Tu respuesta

Información General

Tu número de celular es: \*

Tu respuesta

Nombre completo de la persona a contactar en caso de emergencia: \*

Tu respuesta



Número de teléfono o celular de la persona a contactar en caso de emergencia: \*

Tu respuesta



Información de salud relacionada al COVID-19

IMC =  $\text{Peso en Kg} / (\text{Talla} \times \text{Talla})$

¿Cuál es tu estatura en cm (Ejemplo: 170 cm)? \*

Tu respuesta



¿Cuál es tu peso en kilos? \*

Tu respuesta

Información de salud relacionada al COVID-19

¿Has tenido contacto con alguna persona enferma/contagiada de COVID-19? \*

☐ Si

☐ No

Información de salud relacionada al COVID-19

¿Vives o trabajas con esa persona? \*

Elegir

### Información de salud relacionada al COVID-19

En los últimos 14 días calendario ha tenido alguno de los siguientes síntomas: \*

|                                          | SI                    | NO                    |
|------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Sensación de alza térmica o fiebre       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tos o estornudos                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Dificultad para respirar                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Dolor de Cabeza                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sensación de cansancio                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Dolores musculares                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Dolor de garganta                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Expectoración o flema amarilla o verdosa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Pérdida del gusto (sabores)              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Pérdida del olfato (olores)              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



Con relación a la enfermedad y diagnóstico de COVID-19, seleccione la opción según corresponda: \*

Elegir

#### Información de salud relacionada al COVID-19

Por favor indica: ¿qué entidad le hizo la prueba? \*

- ☐ Essalud
- ☐ Ministerio de Salud
- ☐ Proveedor particular

Por favor detalla si acudiste/fuiste trasladado a un centro médico o si fuiste atendido en tu domicilio: \*

- ☐ Hospital de Essalud
- ☐ Hospital del MINSA
- ☐ Clínica o Centro Médico Particular
- ☐ Domicilio

#### Información de salud relacionada al COVID-19

El resultado de la prueba rápida o molecular que realizaste, fue: \*

- ☐ Positivo
- ☐ Negativo

#### Información de salud relacionada al COVID-19



¿Estás siguiendo algún tratamiento? \*

- ☐ Si
- ☐ No

Información de salud relacionada al COVID-19

¿Por qué razón no estás siguiendo un tratamiento? \*

Tu respuesta

Información de salud relacionada al COVID-19

¿Te encuentras en aislamiento para prevenir el contagio de (o hacia) las personas que te rodean? \*

- ☐ Si
- ☐ No

Información de salud relacionada al COVID-19

¿Tienes alguno de los siguientes factores de Riesgo? (RM N° 448-2020-MINSA) \*

SI

NO



Mayor de 65 años

Hipertensión Arterial Refractaria

Enfermedades Cardiovasculares  
Graves

Enfermedad Pulmonar Crónica

Asma moderada o grave

Cáncer

Diabetes Mellitus

Obesidad (IMC 40 ó >)

Enfermedad o tratamiento  
inmunosupresor

Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento  
Con Hemodiálisis

¿Padece usted de alguna condición de discapacidad? \*

☐ Si

☐ No

Información de salud relacionada al COVID-19





Por favor detalla que tipo de discapacidad padeces (Ley 29973 Ley General de la Persona con Discapacidad): \*

Elegir



Información de salud relacionada al COVID-19

En tu domicilio: ¿vives sólo o con más personas? \*

- ☐ Vivo sólo
- ☐ Vivo con más personas



Información de salud relacionada al COVID-19

Información del Entorno Familiar

¿Con quiénes vives en tu domicilio? (D.Leg. No. 1499; Art. 15): \*

- ☐ Padre(s)
- ☐ Esposo(a) / Conviviente
- ☐ Hijos menores de 18 años
- ☐ Hijos mayores de 18 años
- ☐ Amigos (roommate)
- ☐ Otro familiar



Selecciona los factores de Riesgo de los familiares o personas con las que vives en tu domicilio (D.Leg. No. 1499; Art. 16 y 17): \*

|                                                             | SI                    | NO                    |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Mayor de 65 años                                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hipertensión Arterial Refractaria                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Enfermedades Cardiovasculares Graves                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Enfermedad Pulmonar Crónica                                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Asma moderada o grave                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Cáncer                                                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Diabetes Mellitus                                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Obesidad (IMC 40 ó >)                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Enfermedad o tratamiento inmunosupresor                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento Con Hemodiálisis | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Gestante                                                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Otra condición médica o física                              |                       |                       |

Información de salud relacionada al COVID-19

¿Padeces de alguna enfermedad diagnosticada que no esté relacionada con el grupo de riesgo de COVID-19? \*

- ☐ Sí
- ☐ No

Información de salud relacionada al COVID-19

Por favor detalla qué enfermedad(es) te ha(n) sido diagnosticada(s) y el tratamiento que estás siguiendo: \*

Tu respuesta

Por favor señala la fecha en la que se te diagnosticó la enfermedad indicada en la respuesta anterior: \*

Fecha

dd/mm/aaaa

Información de salud relacionada al COVID-19

Antes del estado de emergencia ¿te has realizado algún examen médico para descartar alguna enfermedad, relacionada a los Grupos de Riesgo? \*

- ☐ Si
- ☐ No

Información de salud relacionada al COVID-19

Por favor detalla cuál es la enfermedad que vas a descartar: \*

Elegir ▼

### Declaración Jurada

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 el Ministerio de Agricultura y Riego.

He sido informado(a) que de omitir o falsear información puedo 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 No. 29733, Ley de Protección de Datos Personales. Se encuentra prohibido el uso distinto para el cual fueron proporcionados

\*

☐ SUSCRIBO LA PRESENTE DECLARACIÓN JURADA, DE FORMA ELECTRÓNICA.

### COMPROMISO BAJO RESPONSABILIDAD

De presentar alguno de los síntomas previamente descritos ya laborando de manera presencial, me comprometo a informar de manera inmediata al personal de salud, a la Dirección de la OGGRH y al Área de Seguridad y Salud en el Trabajo de la institución.

\*

☐ ME COMPROMETO