FICHA DE SINTOMATOLOGIA PARA EL REGRESO AL TRABAJO DECLARACION JURADA

do explicación sobre el objetivo de esta evaluación y me compro	meto a responder con l	a verdad.
Pública:	RUC:	
Unidad Orgánica:		
s y Nombres:	DNI:	
1:	Celular:	
timos 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:		
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	-	eros, y la mia propia, lo
//FIRMA:		
	Unidad Orgánica: S y Nombres: Image: Image	Unidad Orgánica: DNI: Celular: imos 14 días ha tenido alguno de los síntomas siguientes 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: datos expresados en esta ficha constituyen una declaración jurada de mi parte. Informado que de omitir o falsear información, puedo perjudicar la salud de mis compañonstituir una falta grave, asumo sus consecuencias.

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. Precisando 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 *

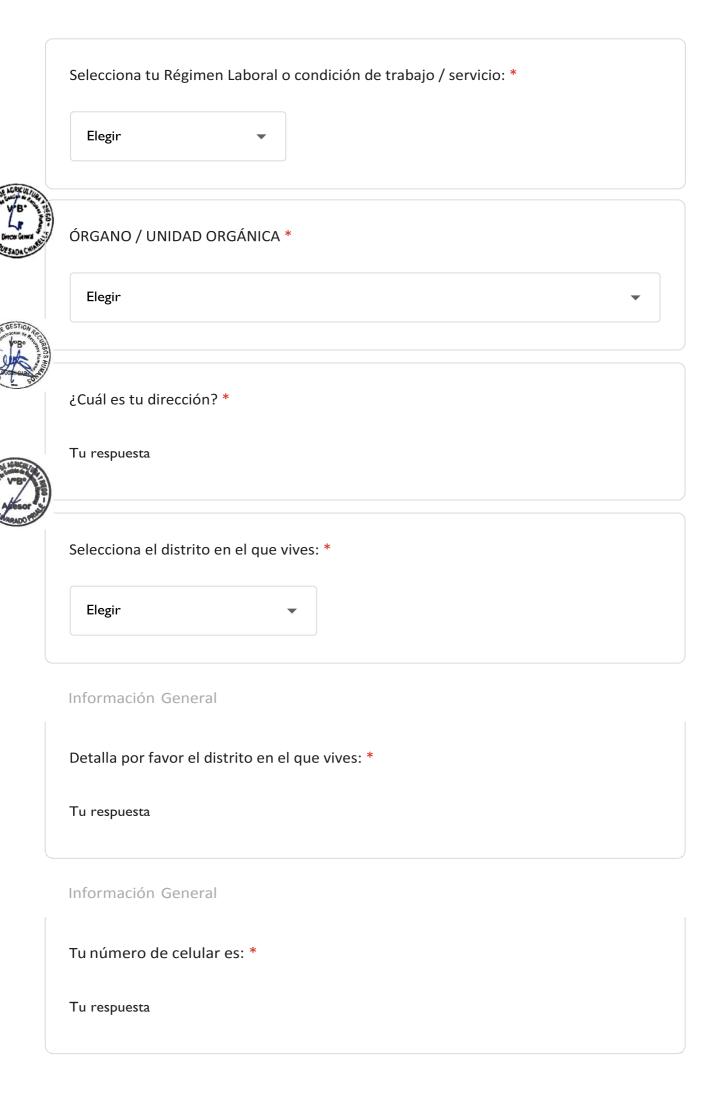


Tu respuesta

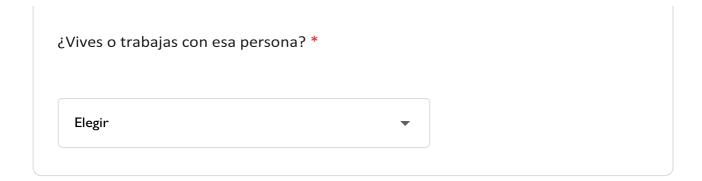
APELLIDOS PATERNO Y MATERNO *

Tu respuesta

NOMBRES *



	Nombre completo de la persona a contactar en caso de emergencia: *
	Tu respuesta
DIE AGRECIATION S. DIECON GENERAL S. S. DIECON GENERAL S.	Número de teléfono o celular de la persona a contactar en caso de emergencia: *
	Tu respuesta
E GESTION ARCICULAR OF THE PROPERTY OF THE PRO	Información de salud relacionada al COVID-19
ST ST	IMC = Peso en Kg / (Talla x Talla)
	¿Cuál es tu estatura en cm (Ejemplo: 170 cm)? * Tu respuesta
Afficiant)	
	¿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



	En los últimos 14 días calendario ha ter	nido alguno de los siguiente	s síntomas: *
		SI	NO
1	Sensación de alza térrmica o fiebre	0	0
)	Tos o estornudos	0	0
	Dificultad para respirar	\circ	0
	Dolor de Cabeza	\circ	0
	Sensación de cansancio	\circ	0
)	Dolores musculares	\circ	0
	Dolor de garganta	0	0
	Expectoración o flema amarilla o verdosa	0	0
	Pérdida del gusto (sabores)	0	0
	Pérdida del olfato (olores)	0	0

	Con relación a la enfermedad y diagnóstico de COVID-19, seleccione la opción según corresponda: *
	Elegir
	Información de salud relacionada al COVID-19
<u>.</u>	Por favor indica: ¿qué entidad le hizo la prueba? *
\$.	Essalud
	Ministerio de Salud
	Proveedor particular
asos Hu	
<i>y</i>	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
	O Domicilio
	Información de salud relacionada al COVID-19
	El resultado de la prueba rápida o molecular que realizaste, fue: *
	Positivo
	Negativo



	¿Estás siguiendo algún tratamiento? *
	○ Si
	O No
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	Información de salud relacionada al COVID-19
	¿Por qué razón no estás siguiendo un tratamiento? *
CURSOS HE	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

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



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





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

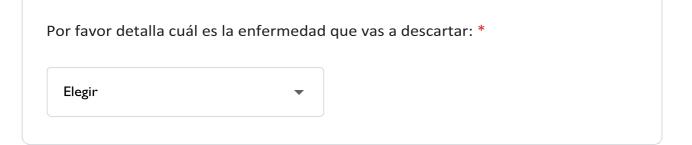
Información del Entorno Familiar

¿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 d en tu domicilio (D.Leg. No. 1499; A		rsonas con las que vives
	SI	NO
Mayor de 65 años	0	0
Hipertensión Arterial Refractaria	0	0
Enfermedades Cardiovasculares Graves	0	0
Enfermedad Pulmonar Crónica	0	0
Asma moderada o grave	\circ	\circ
Cáncer	0	0
Diabetes Mellitus	\circ	\circ
Obesidad (IMC 40 ó >)	0	0
Enfermedad o tratamiento inmunosupresor	0	0
Insuficiencia Renal Crónica en tratan Con Hemodiálisis	niento	0
Gestante	0	0

Otra condición médica o física

Decor Genera	¿Padeces de alguna enfermedad diagnosticada que no esté relacionada con el grupo de riesgo de COVID-19? * Sí No
DE GESTION ROCK TO THE PROPERTY OF THE PROPERT	Información de salud relacionada al COVID-19
Jones III	Por favor detalla qué enfermedad(es) te ha(n) sido diagnosticada(s) y el tratamiento que estás siguiendo: *
(VE)	Tu respuesta
WARADO T	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



Declaración Jurada

Declaro bajo juramento que todos los datos expresados en este formulario constituyen una Declaración **J**urada 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