

**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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos, estornudos o dificultad para respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Expectoración o flema amarilla o verdosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contacto con persona(s) con un caso confirmado de COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está tomando alguna medicación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 lo dispuesto por la RM 265-2020-MINSA que modifica la RM 239-2020-MINSA; el D.S 083-2020-PCM, y el D. Leg 15050, publicados en los últimos días, en la que se actualizan los parámetros para la identificación de personas en riesgo de vulnerabilidad frente al COVID 19, se solicita, en forma obligatoria, completar el presente formulario con la finalidad de brindar información necesaria orientada a preservar su estado de salud y que será de uso exclusivo de la OGGRH para dicho fin.



***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 *

Tu respuesta

Aplica el prellenado de respuestas y, luego, haz clic en [Obtener vínculo](#)

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

Aplica el prellenado de respuestas y, luego, haz clic en Obtener vínculo

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

Aplica el prellenado de respuestas y, luego, haz clic en Obtener vínculo

¿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 parra 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"/>

Información de salud relacionada al COVID-19


Aplica el prellenado de respuestas y, luego, haz clic en Obtener vínculo


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

Aplica el prellenado de respuestas y, luego, haz clic en [Obtener vínculo](#)

¿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

Aplica el prellenado de respuestas y, luego, haz clic en Obtener vínculo

¿Tienes alguno de los siguientes factores de Riesgo? (RM No. 239-2020-MINSA, modificada por RM No. 265-2020-MINSA) *

	SI	NO
Mayor de 65 años	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hipertensión Arterial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedades Cardiovasculares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedad Respiratoria Crónica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes Mellitus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obesidad (IMC ≥ 40)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedad inmunosupresora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insuficiencia Renal Crónica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Padece usted de alguna condición de discapacidad? *

- Si
- No

Información de salud relacionada al COVID-19

Aplica el prellenado de respuestas y, luego, haz clic en Obtener vínculo

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

Aplica el prellenado de respuestas y, luego, haz clic en [Obtener vínculo](#)

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 60 años	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hipertensión Arterial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedades Cardiovasculares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedad Respiratoria Crónica o Asma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes Mellitus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obesidad (IMC ≥ 30)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedad inmunosupresora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insuficiencia Renal Crónica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gestante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otra condición médica o física	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Información de salud relacionada al COVID-19

Aplica el prellenado de respuestas y, luego, haz clic en Obtener vínculo

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

Gracias por completar la Declaración Jurada