|  |
| --- |
| **FICHA DE SINTOMATOLOGIA COVID-19** |
| **DECLARACION JURADA** |
|  |
| He recibido explicación del objetivo de esta evaluación y me comprometo a responder con la verdad: |
|   |   |   |  |  |  |   |
| **Apellidos:** |   |   |  |  |  |   |
| **Nombres:** |   |   |  |  |  |   |
| **DNI:** |   |   |  |  |  |   |
| **Dirección:** |   |  |  |  |   |
| **Numero (celular):** |   |  |  |  |   |
| **RUC** |   |  |  |  |   |
| **Fecha de nacimiento:**  |   |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |   |
| En los últimos 14 días calendario ha tenido alguno de los síntomas siguientes: |  |   |
|   |  |  |  | **SI** | **NO** |   |
| 1. Sensación de alza térmica o fiebres |  |   |   |   |
| 2. Tos, estornudos o dificultad para respirar |  |   |   |   |
| 3. Expectoración o flema amarilla o verdosa |  |   |   |   |
| 4. Contacto con persona(s) con un caso confirmado de COVID-19 |   |   |   |
| 5. Está tomando alguna medicación (Detallar cuál o cuáles) |   |   |   |
|   |   |   |   |  |  |   |
|   |   |   |   |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |   |
| Todos los datos expresados en esta ficha constituyen declaración jurada de mi parte. 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 |   |
|   |  |  |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |   |
| Fecha: de de 2021 |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |   |
| Firma | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |   |
|   |   |   |   |   |   |   |