|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |