|  |  |
| --- | --- |
| **FICHA DE SINTOMATOLOGÍA COVID 19** | |
| He recibido explicación del objetivo de esta evaluación y me comprometo a responder con la verdad. También he sido informado que de omitir o falsear información estaré perjudicando la salud de mis compañeros, lo cual es una falta grave.  Asimismo, doy consentimiento previo, informado, expreso e inequívoco para el tratamiento de los datos personales expresados en la presente Ficha de sintomatología COVID-19. | |
| Empresa: | RUC: |
| Apellidos y Nombres: | |
| Área de trabajo: | DNI: |
| Dirección: | Número (celular): |
| Fecha de nacimiento: | Edad: |
| En los últimos 14 días ha tenido alguno de los siguientes síntomas:   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **N°** | **Síntomas** | **SI** | **NO** | | 1 | Sensación de alza térmica o fiebre (especifique): |  |  | | 2 | Tos, estornudos o dificultad para respirar |  |  | | 3 | Dolor de garganta |  |  | | 4 | Congestión o secreción nasales |  |  | | 5 | Expectoración con flema amarilla o verdosa |  |  | | 6 | Perdida del olfato o pérdida del gusto |  |  | | 7 | Dolor abdominal, náuseas o diarrea |  |  | | 8 | Dolor en el pecho |  |  | | 9 | Desorientación o confusión |  |  | | 10 | Coloración azul en los labios |  |  | | 11 | Está tomando alguna medicación (especifiqué): |  |  | | |
| Tiene los siguientes factores de riesgos:   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **N°** | **Factores de riesgo** | **SI** | **NO** | | 1 | Edad Mayor a 65 años |  |  | | 2 | Hipertensión Arterial no controlada |  |  | | 3 | Enfermedad cardiovascular grave (Especificar) |  |  | | 4 | Cáncer |  |  | | 5 | Diabetes Mellitus |  |  | | 6 | Obesidad con IMC de 40 a más |  |  | | 7 | Asma moderada o grave |  |  | | 8 | Enfermedad respiratoria crónica (detallar) |  |  | | 9 | Insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis |  |  | | 10 | Enfermedad o tratamiento inmunodepresor |  |  | | 11 | Enfermedad pulmonar crónico |  |  | | 12 | Otro (Detallar) |  |  |   En los últimos catorce (14) días (detallar, de ser afirmativa la respuesta):   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **N°** | **Factores de riesgo** | **SI** | **NO** | | 1 | Ha tendido contacto con personas, casos sospechosos o confirmados de COVID-19 |  |  | | 2 | Ha viajado al exterior |  |  | | 3 | Ha visitado un establecimiento de salud |  |  | | |
| **Todos los datos expresos en esta ficha constituyen declaración jurada de mi parte.** | |
| Firma:  Fecha: | |