|  |  |
| --- | --- |
| **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 10 días ha tenido alguno de los siguientes síntomas:   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **N°** | **Síntomas** | **SI** | **NO** | | 1 | Tos |  |  | | 2 | Dolor de garganta |  |  | | 3 | Malestar general |  |  | | 4 | Fiebre |  |  | | 5 | Dolor de cabeza |  |  | | 6 | Congestión nasal o estornudos |  |  | | 7 | Diarrea |  |  | | 8 | Dificultad para respirar |  |  | | 9 | Pérdida del gusto |  |  | | 10 | Pérdida del olfato |  |  | | |
| ¿En los últimos 10 días ha tenido contacto con algún caso confirmado de COVID-19?   |  |  | | --- | --- | | **SI** | **NO** | |  |  |   ¿Al momento está tomando algún medicamento?   |  |  | | --- | --- | | **SI** | **NO** | |  |  |   Si su respuesta es sí, por favor detalle cuál o cuáles:   |  | | --- | |  |   ¿Pertenece al grupo de riesgo para COVID-19?   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **N°** | **Síntomas** | **SI** | **NO** | | 1 | Mayor de 65 años |  |  | | 2 | Cáncer |  |  | | 3 | Enfermedad renal crónica |  |  | | 4 | Enfermedad pulmonar crónica (EPOC, fibrosis pulmonar, fibrosis quística, asma grave, etc.) |  |  | | 5 | Afecciones cardiacas |  |  | | 6 | Diabetes mellitus |  |  | | 7 | Obesidad (IMC mayor o igual a 30 kg/m2) |  |  | | 8 | Inmunosupresión (primaria o secundaria) |  |  | | 9 | Receptor de trasplantes de órganos o células madre |  |  | | 10 | Enfermedad cerebrovascular (isquémica o hemorrágica) |  |  | | 11 | Hipertensión arterial |  |  | | 12 | Síndrome de Down |  |  | | 13 | Embarazo |  |  | | 14 | Infección por VIH |  |  | | 15 | Otros (por favor indique la o las patologías):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |   Por favor, indique su estado de vacunación contra la COVID-19 (número de dosis):   |  | | --- | |  | | |
| **He recibido explicación del objetivo de esta evaluación y todos los datos expresados en esta ficha son ciertos y constituyen declaración jurada de mi parte.** | |
| Firma:  Fecha: | |