|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **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. | |
| Empleador: | RUC: |
| Apellidos y Nombres: | |
| Área de trabajo: | DNI: |
| Fecha de nacimiento: | Edad: |
| ¿En los últimos 07 días ha tenido alguno de los siguientes síntomas?  ¿En los últimos 07 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: | |
| **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: / / 20 | |