|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| He recibido explicación del objetivo de esta evaluación y me comprometo a responder con la verdad. | | | | | | | |
| **Empresa o Entidad Pública:** |  |  |  | **RUC:** |  |  |
| Apellidos y nombres | |  |  |  |  |  |
| Área de trabajo | |  |  | DNI |  |  |
| Dirección |  |  |  | Número (celular) |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| En los últimos 14 días calendario ha tenido alguno de los síntomas siguientes: | | | | |  |  |
|  |  |  |  |  | SI | NO |
| 1. Sensación de alza térmica o fiebre | | |  |  |  |  |
| 2. Tos, estornudos o dificultad para respirar | | |  |  |  |  |
| 3. Expectoración o flema amarilla o verdosa | | |  |  |  |  |
| 4. Pérdida del gusto y/o del olfato | | |  |  |  |  |
| 5. Contacto con persona(s) con un caso confirmado de COVID-19 | | | | |  |  |
| 6. 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: / / | |  | Firma |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |