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