



FICHA DE SINTOMATOLOGÍA COVID-19

EVALUACIÓN DE LA APTITUD PARA EL REGRESO O REINCORPORACIÓN AL TRABAJO DECLARACIÓN JURADA

Apellidos y Nombres:

Área de Trabajo:

Dirección:

DNI:

Número (Celular):

En los últimos 7 días calendario ha tenido alguno de los síntomas siguientes:

SI

NO

1. Sensación de alza térmica, fiebre o malestar
2. Dolor de garganta, tos, estornudos o dificultad para respirar
3. Dolor de cabeza, diarrea o congestión nasal
4. Pérdida del gusto y/o del olfato
5. Contacto con un caso confirmado de COVID-19
6. Está tomando alguna medicación (Detallar cuál o cuáles):

	SI	NO
1. Sensación de alza térmica, fiebre o malestar		
2. Dolor de garganta, tos, estornudos o dificultad para respirar		
3. Dolor de cabeza, diarrea o congestión nasal		
4. Pérdida del gusto y/o del olfato		
5. Contacto con un caso confirmado de COVID-19		
6. Está tomando alguna medicación (Detallar cuál o cuáles):		

He recibido explicación del objetivo de esta evaluación y he respondido con la verdad.

Fecha:

Firma del Trabajador:

