



### Anexo B

Plan para la vigilancia, prevención y control de COVID-19 durante el trabajo en el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerable.

<b>Evaluación de la aptitud para el regreso o reincorporación al trabajo Declaración Jurada</b>																																																								
<b>Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables</b>	<b>RUC:</b> 20336951527																																																							
<b>Apellidos y Nombres:</b>																																																								
<b>Órgano/Unidad Orgánica:</b>	<b>DNI:</b>																																																							
<b>Dirección:</b>	<b>Teléfono (Celular)</b>																																																							
<p>En los últimos 10 días calendario ha tenido alguno de los síntomas siguientes:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">SI</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Sensación de alza térmica o fiebre.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. Dolor de garganta, tos, estornudos o dificultad para respirar.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. Dolor de cabeza, diarrea o congestión nasal.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. Pérdida del gusto y/o del olfato</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. Contacto con persona(s) con un caso confirmado de COVID-19.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6. Está tomando alguna medicación (detallar cuál o cuáles).</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mayor de 65 años</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cáncer</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Enfermedad renal crónica</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Enfermedad pulmonar crónica</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Afecciones cardíacas</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>DM tipo 1 o 2</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Obesidad (IMC &gt; 30)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Inmunosupresión</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Receptor de trasplante de órganos</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Enfermedad cerebrovascular</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hipertensión arterial</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				SI	NO	1. Sensación de alza térmica o fiebre.			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 persona(s) con un caso confirmado de COVID-19.			6. Está tomando alguna medicación (detallar cuál o cuáles).			Mayor de 65 años			Cáncer			Enfermedad renal crónica			Enfermedad pulmonar crónica			Afecciones cardíacas			DM tipo 1 o 2			Obesidad (IMC > 30)			Inmunosupresión			Receptor de trasplante de órganos			Enfermedad cerebrovascular			Hipertensión arterial		
	SI	NO																																																						
1. Sensación de alza térmica o fiebre.																																																								
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 persona(s) con un caso confirmado de COVID-19.																																																								
6. Está tomando alguna medicación (detallar cuál o cuáles).																																																								
Mayor de 65 años																																																								
Cáncer																																																								
Enfermedad renal crónica																																																								
Enfermedad pulmonar crónica																																																								
Afecciones cardíacas																																																								
DM tipo 1 o 2																																																								
Obesidad (IMC > 30)																																																								
Inmunosupresión																																																								
Receptor de trasplante de órganos																																																								
Enfermedad cerebrovascular																																																								
Hipertensión arterial																																																								
<p>7. Pertenece a algún Grupo de Riesgo para COVID-19</p>																																																								





PERÚ

Ministerio  
de la Mujer y  
Poblaciones Vulnerables

OFICINA GENERAL DE RECURSOS HUMANOS

	Síndrome de Down		
	Embarazo		
	Infección por VIH		
Otro:			
8. Estado de Vacunación para SARS-CoV-2 (# de dosis).			
He recibido explicación del objetivo de esta evaluación y he respondido con la verdad.			
FECHA			
FIRMA DEL TRABAJADOR:			



9

Los factores de riesgo son los descritos por el CDC en la Resolución Ministerial N° 881-2021/MINSA o sus actualizaciones.

