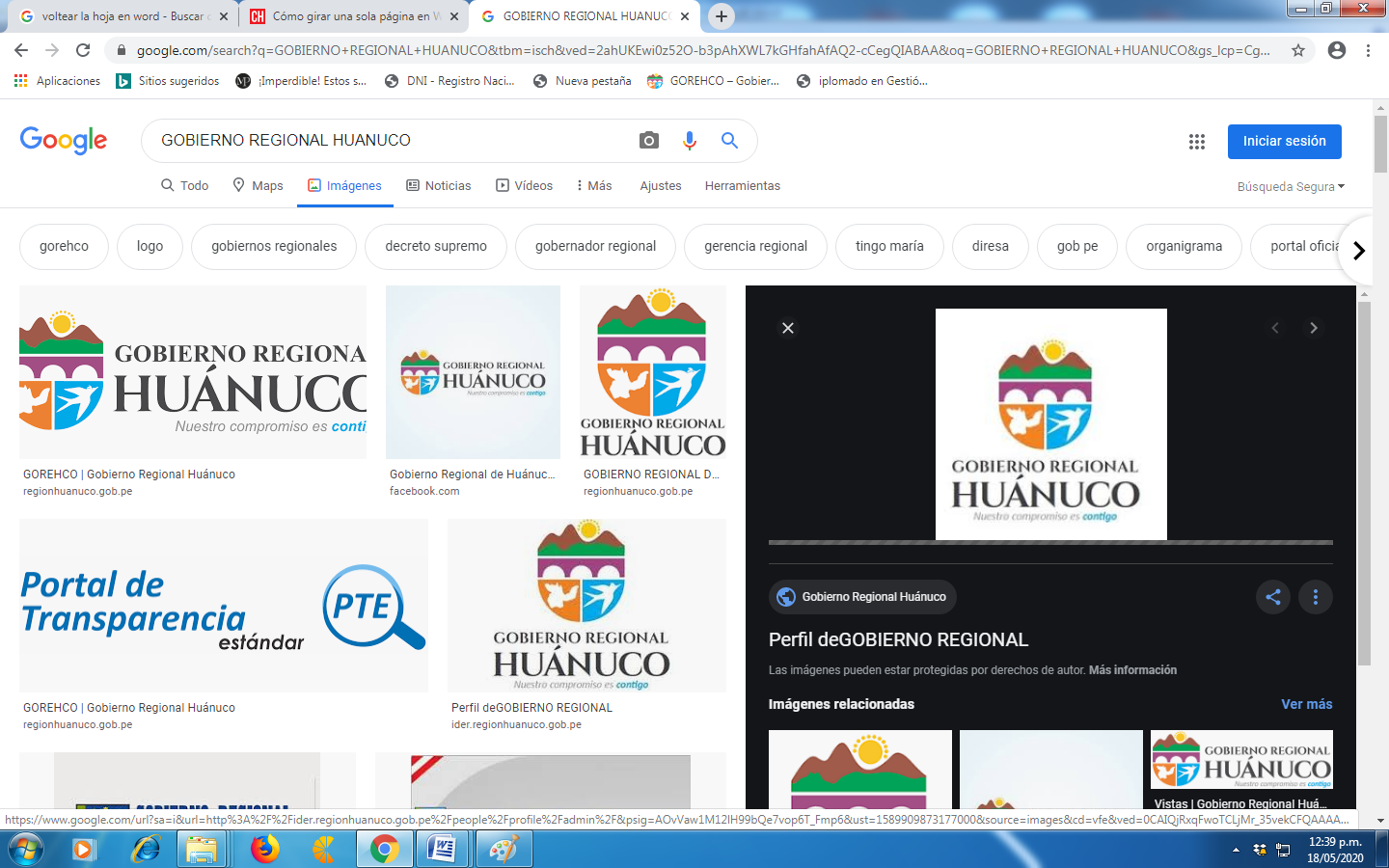
**“PLAN DE VIGILANCIA, CONTROL Y PREVENCIÓN ANTE EL COVID-19”**

|  |
| --- |
| **FICHA DE SINTOMATOLOGÍA COVID-19 DEL GOBIERNO REGIONAL HUANUCO**  **PARA EL REGRESO AL TRABAJO - 2020**  **“DECLARACIÓN JURADA”** |
| He recibido explicación del objetivo de esta evaluación y me comprometo a responder con la verdad.   * **ENTIDAD PÚBLICA:** Gobierno Regional de Huánuco **RUC:** 20489250731 * **OFICINA / DEPENDENCIA:** ……………………………………………………………………… |
| * **APELLIDOS Y NOMBRES:** ………………………………………………………………………………. * **EDAD:** ……………………… * **DNI:**………………………… * **DOMICILIO:** ………………………………………………………………………………… * **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. Contacto con personas con un caso confirmado de COVID 19  5. Está tomando alguna medicación (detallar cuál o cuáles)   * **Ud. ¿Padece o padeció alguna de las siguientes enfermedades o condiciones?**   ( ) Obesidad - ( ) Diabetes - ( ) Enfermedad pulmonar crónica - ( ) Hipertensión arterial  ( ) Embarazo - ( ) Asma - ( ) Cáncer - ( ) Insuficiencia renal crónica  ( ) Enfermedades cardiovasculares – ( ) Otros…………………………   * **En la casa donde habita tiene los siguientes grupos de riesgo:**   ( ) Adulto mayor - ( ) Niño - ( ) Gestante - ( ) Familiar con enfermedad crónica |
| * Todos los datos detallados en esta ficha constituyen una 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 constituye una falta grave de salud pública, asumo sus consecuencias.***   Fecha: ………. / ………… / ……………. Firma: ……………………………… |

**ANEXO N°1**

**ANEXO N° 5**

**FORMATO PARA LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN DE SERVIDORES EN EL GRUPO DE RIESGO - COVID 19 DEL GOBIERNO REGIONAL HUANUCO - 2020**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identiﬁcado (a) con DNI/CE Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **declaro bajo juramento** lo siguiente respecto a mis condiciones de salud:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Presentó algunas de las siguientes condiciones de salud (Grupo de Riesgo)** | **Sí** | **No** |
| * Mayor a 60 años |  |  |
| * Hipertensión arterial |  |  |
| * Enfermedades cardiovasculares |  |  |
| * Diabetes Mellitus |  |  |
| * Obesidad con IMC de 30 a más |  |  |
| * Asma |  |  |
| * Enfermedades respiratorias crónicas |  |  |
| * Insuﬁciencia Renal crónica |  |  |
| * Enfermedad o tratamiento inmunosupresor |  |  |

Asimismo, declaro que dentro de mi vivienda residen los siguientes familiares que cuentan con las condiciones del grupo de riesgo:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………..

**FIRMA DEL TRABAJADOR**