OHLA Perú	**DECLARACION JURADA DE SALUD PARA VISITANTES**	CO-PE-1P325-SS-PA-072 Rev. 00 30/09/2022

Las personas que visitan las operaciones de OHLA PERU deben ser conscientes de las limitaciones de acceso oportuno a establecimientos de salud, por lo que se requiere que se encuentren en buen estado de salud física y mental a fin de evitar cualquier inconveniente.

Debe tenerse en cuenta tales aspectos, por cuanto los visitantes pueden introducir enfermedades infectocontagiosas que pueden afectar a los trabajadores y a la población local.

Por tanto, le solicitamos se abstenga de viajar, si en los últimos 7 días se ha enfermado por cualquier razón o ha tenido contacto con personas que hayan estado cursando alguna enfermedad infectocontagiosa (influenza, rubéola, sarampión, paperas, varicela).

Se deja constancia que no autorizará su viaje si tuvieran síntomas de resfrío común, gripe, conjuntivitis, etc. Si usted toma algún medicamento en forma regular, asegúrese de llevarlo consigo en cantidad suficiente.

Sírvase contestar el cuestionario adjunto. El médico que recibe la presente documentación podría solicitar documentación médica ampliatoria.

Si tuviera alguna duda, contáctese con el médico de la defensa ribereña Casma Huarmey.

DECLARACION	**SI**	**NO**
¿Actualmente se encuentra con fiebre o con signos de alguna infección?		
¿Ha presentado en los 30 días previos alguna de las siguientes condiciones?:		
• Diabetes mellitus no controlada, y/o usa insulina.		
• Hipertensión arterial no controlada		
• Infarto de miocardio, arritmia (ritmo cardiaco irregular), insuficiencia cardiaca, angina (dolor de pecho o palpitaciones) o usa marcapasos.		
• Hemorragia digestiva (vómitos con sangre, heces color negro, sangre a través del recto o con las deposiciones) o presenta anemia.		
• Convulsiones o tiene epilepsia		
• Enfermedad que produzca coágulos de sangre o fácil sangrado o toma anticoagulantes		
• Si es mujer ¿se encuentra embarazada o con sospecha de estarlo?		
• Hospitalización y/o cirugía mayor. ¿Cuál?.....		
• ¿Ha recibido medicamentos inmunosupresores, antineoplásicos, psiquiátricos, antituberculosos? ¿Cuáles?.....		
• ¿Es alérgico a algún medicamento? ¿Cuál?.....		
• ¿Medicamentos de uso habitual? Cuáles……		
Indique su Grupo Sanguíneo:		

En fecha ……/ ……/ 202…., declaro estar de acuerdo con las condiciones establecidas por OHLA en el presente documento, y no encontrarme afectado por ninguno de los supuestos que impedirían mi estadía en la visita . Asimismo, declaro que estoy en buen estado de salud y que no tengo contraindicación médica para desarrollar mis actividades de visita.

Eximo de responsabilidad a la empresa OHLA PERU, por cualquier daño o lesión que se pueda generar a mi salud como consecuencia del indicado o por omisión de información sobre mi estado de salud. Declaro sujetarme a lo que disponga OHLA-PERU, atendiendo a mi estado de salud y lo declarado en el presente documento.

Nombre : .....…… DNI y/o CE Nº……

Puesto de trabajo y empresa: …… Firma: ….....…….

Fecha de ingreso: …... /……. /..….. Lote: …….. Estadía: …… días