OHLA
Perú

DECLARACIÓN JURADA DE RETORNO LABORAL COVID-19

He recibido explicación sobre el llenado de este documento y me comprometo a responder con la verdad. También he sido informado que de omitir o falsear información puedo perjudicar la salud de mis compañeros, lo cual es una falta grave, según el Reglamento Interno de Trabajo:

Apellidos:	CHAVEZ PALMA
Nombres:	HANS ALBERTO
Edad:	34 AÑOS
Región de Procedencia:	LA LIBERTAD
Empresa:	CSI TRUJILLO S.A.C.
Área de trabajo:	SEGURIDAD PRIVADA
Fecha:	21/01/2025

La información proporcionada en este cuestionario será custodiada por el área de salud ocupacional de OHLA, para saber si Ud. se encuentra en buen estado de salud para visitar y/o laborar en el proyecto. Coloque una "X", según corresponda:

A. Síntomas de COVID-19:

En los últimos días, Ud. ha presentado:

SÍNTOMAS	SI	NO	SÍNTOMAS	SI	NO
Sensación de alza térmica		X	Pérdida del olfato y/o gusto		X
Fiebre		X	Dolor abdominal		X
Tos		X	Náuseas		X
Estornudos		X	Diarrea		X
Dificultad para respirar		X	Dolor en el pecho		X
Congestión Nasal		X	Desorientación o confusión		X
Secreción Nasal		X	Coloración azul en los labios		X
Expectoración o Flema Amarilla o Verdosa		X	Malestar General		X

B. Contactos con personas con diagnóstico de COVID-19 o lugares con alto riesgo de contagio de COVID-19

	SI	NO
Ha tenido contacto con casos sospechosos o confirmados de COVID-19 en su entorno familiar o social		X
Ha visitado un establecimiento de salud		X

C. Antecedentes Personales:

Factores de riesgo para enfermar gravemente por COVID-19:

	SI	NO		SI	NO
Edad mayor de 60 años		X	Enfermedades cardiovasculares (incluye hipertensión arterial)		X
Diabetes mellitus		X	Enfermedad renal crónica		X
Obesidad (IMC > 30)		X	Asma moderada o grave		X
Enfermedad pulmonar crónica		X	Gestante y/o puérpera		X
Enfermedad o tratamiento inmunosupresor (incluye VIH)		X	Enfermedad hepática crónica		X

Vacunación COVID-19

	SI	NO
¿Ha recibido las 3 dosis de vacuna de COVID-19?	X	
¿Ha recibido 1 o más dosis de refuerzo de la vacuna de COVID-19?		X

En pleno uso de mis facultades físicas y mentales y en correspondencia con la información proporcionada, **DE CONFORMIDAD AL LITERAL l) DEL ARTÍCULO 79 DE LA LEY N° 29783 (LEY DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO); DECLARO BAJO JURAMENTO**: Que, gozo de buen salud física y mental, sometiéndome a las acciones que correspondan de acuerdo con la legislación nacional vigente, en caso de verificarse su falsedad. Firmo en señal de conformidad:

FIRMA