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:	
Nombres:	
Edad:	
Región de Procedencia:	
Empresa:	
Área de trabajo:	
Fecha:	

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			Pérdida del olfato y/o gusto		
Fiebre			Dolor abdominal		
Tos			Náuseas		
Estornudos			Diarrea		
Dificultad para respirar			Dolor en el pecho		
Congestión Nasal			Desorientación o confusión		
Secreción Nasal			Coloración azul en los labios		
Expectoración o Flema Amarilla o Verdosa			Malestar General		

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		
Ha visitado un establecimiento de salud		

C. Antecedentes Personales:

Factores de riesgo para enfermar gravemente por COVID-19:

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

Vacunación COVID-19

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

En pleno uso de mis facultades físicas y mentales y en correspondencia con la información proporcionada, **DE CONFORMIDAD AL LITERAL I) 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