



Declaración Jurada de Salud

Las personas que visitan los proyectos donde opera Biddle Inc SAC. deben ser conscientes de las limitaciones de acceso a centros hospitalarios, por lo que se requiere que esté en buen estado de salud física y mental a fin de evitar cualquier inconveniente.

Debe tenerse en cuenta tales aspectos, asimismo, por cuanto los visitantes pueden introducir enfermedades infecto contagiosas 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 o ha tenido contacto con pacientes con las siguientes enfermedades: rubéola, sarampión, paperas, varicela, tos convulsiva.

Se deja constancia que Biddle Inc SAC. no autorizará su viaje si tuvieran síntomas de resfrío común, gripe o conjuntivitis.

Si usted toma algún medicamento en forma regular, asegúrese de llevarlo consigo en cantidad suficiente.

Sírvase contestar el cuestionario adjunto. Si tuviera alguna duda, contáctese con el jefe médico ocupacional al que realice la visita, llamando al teléfono (51-1)240-8239, o al móvil (51-1) 996680555

Declaración

	SI	NO
¿Tiene fobia a volar?		X
¿Sufre actualmente de alguna infección?		X
¿Ha presentado en los 30 días previos alguna de las siguientes condiciones?		X
• Diabetes mellitus descompensada, y/o usa insulina.		X
• Infarto de miocardio, arritmia, angina inestable.		X
• Hemorragia digestiva		X
• Hospitalización y/o cirugía mayor.		X
• Ha recibido medicamentos inmunosupresores, antineoplásicos, psiquiátricos, antibucuberculosos?		X
Indique su Grupo Sanguíneo	A+	
¿Es alérgico a algún medicamento?, si la respuesta es SI por favor indíquelo.....		X
¿Tiene su índice de masa corporal (IMC) mayor a 35?		X
¿Tiene Carné COVID-19 con vacunas completas y vigentes	X	

Declaro estar de acuerdo con las condiciones establecidas por Biddle Inc SAC. en el presente documento, y no encontrarme afectado por ninguno de los supuestos que de acuerdo a las mismas impedirían que viaje. Asimismo, declaro que estoy en buen estado de salud y que no tengo contraindicación médica para viajar por vía aérea.

Eximo de responsabilidad a la empresa Biddle Inc SAC, por cualquier daño o lesión que se pueda generar a mi salud como consecuencia del indicado viaje, o por omisión de información sobre mi estado de salud.

Declaro sujetarme a lo que disponga Biddle Inc SAC., respecto a la posibilidad o no de viajar, atendiendo a mi estado de salud y lo declarado en el presente documento.

Nombre : HELIO PRADO

D.N.I o Pasaporte N° CE 000701036

Firma : [Firma]

Fecha : 10 / 08 / 2022.

[Firma]
Ing Helio Prado
GERENTE DE PROYECTO