|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **RAZÓN SOCIAL** | **RUC** | **DOMICILIO** | **TIPO DE ACTIVIDAD** | **NÚMERO DE TRABAJADORES** |
| SAVE THE CHILDREN INTERNATIONAL | 20547444125 | Cal. Virrey Abascal Nro. 135, San Isidro | CIIU 91993 [Actividades Otras Asociaciones Ncp.](https://www.universidadperu.com/empresas/actividades-otras-asociaciones-ncp-categoria.php) | +100 |

He recibido la explicación del objetivo de esta evaluación y me comprometo a responder con la verdad:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS GENERALES** | | | | | |
| Nombre y apellidos: |  | | | | |
| Tipo de Documento: |  | | N° de documento | |  |
| Edad |  | | Sexo | |  |
| Dirección actual |  | | | | |
| Teléfono celular |  | email | |  | |
| Peso: |  | Altura (talla): | |  | |
| Nombre de familiar de contacto |  | N° de teléfono celular del familiar | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.- Usted cumple con alguna de las siguientes condiciones:** | | | | | | |
| **Factor:** | **No** | **Sí** | | **Factor:** | **No** | **Sí** |
| Hipertensión arterial |  |  | | Enfermedades cardiovasculares |  |  |
| Cáncer |  |  | | Diabetes mellitus |  |  |
| Enfermedad Pulmonar crónica |  |  | | Enfermedad o tratamiento inmunosupresor |  |  |
| Obesidad Grave (IMC > = 40) |  |  | |
| Personas que reciban medicamentos diariamente  Detallar cual es: | | | | |  |  |
| Embarazo (Detallar en que trimestre se encuentra): | | | | |  |  |
| Lactancia Materna (Detallar tiempo): | | | | |  |  |
| Sufre usted de alguna otra enfermedad que no se encuentre descrita anteriormente? Detallar cual es: | | | | |  |  |
| **2.- En la casa donde habita tiene personas que se encuentren en los siguientes grupos de riesgos:** | | | | | | |
| **Grupo** | **No** | **Sí** | **Grupo** | | **No** | **Sí** |
| Adulto Mayor |  |  | Gestante | |  |  |
| Niño, detallar la edad: |  |  | Paciente con enfermedad Respiratoria | |  |  |
| Persona adulta joven que padezca de alguna enfermedad, detallar cual: | | | | |  |  |
| Lactancia Materna (describir el periodo): | | | | |  |  |
| Familiar con enfermedad crónica (Especificar cuales) | | | | |  |  |
| **3.- Completar las siguientes preguntas:** | | | | | **No** | **Si** |
| ¿En los últimos 14 días, ha tenido contacto con personas con diagnostico confirmado de coronavirus?  Detalle cuando: | | | | |  |  |
| Sensación de alza térmica o fiebre | | | | |  |  |
| Expectoración, flema amarilla o verdosa, dolor de garganta | | | | |  |  |
| Cansancio, dolor muscular | | | | |  |  |
| Otra molestia o síntoma: (detallar) | | | | |  |  |
| ¿En los últimos 30 días, ha estado hospitalizado?  Cuando: Donde: Porque: | | | | |  |  |
| ¿En los últimos 14 días, ha tenido alguna atención por tos o síntomas respiratorios?  Cuando: Donde: | | | | |  |  |
| Actualmente, le han tomado hisopado o prueba rápida para coronavirus  Cuando: Donde: Resultado: | | | | |  |  |
| Usted ha tenido COVID-19 (especificar cuándo y qué tipo de prueba): | | | | |  |  |

Todos los datos consignados en este cuestionario 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, de constituir una falta grave a la salud, asumiendo las responsabilidades que corresponda.

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha:** |  |
| **Firma del trabajador** |  |