

RAZÓN SOCIAL	RUC	DOMICILIO	TIPO DE ACTIVIDAD	NÚMERO DE TRABAJADORES
SAVE THE CHILDREN INTERNATIONAL	20547444125	Av. Javier Prado Oeste 890 San Isidro	CIIU 91993 Actividades Otras Asociaciones Ncp.	+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 > = 30)					
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)					



<b>3.- Completar las siguientes preguntas:</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>
¿En los últimos 14 días, ha tenido contacto con personas con diagnóstico confirmado de coronavirus? Detalle cuando:		
Sensación de alza térmica o fiebre		
Expectoración, flema amarilla o vercosa, 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):		

<b>4.-Vacunación COVID -19</b>	<b>No</b>	<b>Sí</b>
¿Ha sido vacunado para COVID-19?		
Solo si su respuesta fuer afirmativa, responda:		
Fecha de 1er dosis:		Fecha de 2da dosis:

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.

<b>Fecha:</b>	
<b>Firma del trabajador</b>	