



Evaluación de la aptitud para el regreso o reincorporación al trabajo.
Declaración jurada

Código: OSF-SSOMA-FT-78

Versión: 04

Fecha de Aprobación: 22.02.2023

Apellidos y Nombre

Área de Trabajo

DNI

Dirección

Celular

En los últimos 10 días calendarios he tenido alguno de los síntomas siguientes:

1. Sensación de alza térmica, fiebre o malestar
2. Dolor de garganta, tos, estornudos o dificultad para respirar
3. Dolor de cabeza, diarrea o congestión nasal
4. Pérdida del gusto y/o del olfato.
5. Contacto con un caso confirmado de COVID-19
6. Está tomando alguna medicación (detallar cuál o cuáles)
7. Perteneces a algún Grupo de Riesgo para COVID- 19

Mayores de 65 años

SI

NO

Cáncer

Enfermedad renal crónica

Enfermedad pulmonar crónica

Afecciones cardíacas

DM tipo 1 o 2

Obesidad (IMC > 30)

Inmunosupresión

Receptor de trasplante de órganos

Enfermedad cerebrovascular

Hipertensión arterial

Síndrome de Down

Embarazo

Infección por VIH

Otro*

8. Estado de vacunación para SARS-CoV-2 (# de dosis)

He recibido explicación del objetivo de esta evaluación y he respondido con la verdad.

Fecha: / /

Firma del trabajador: