

	FICHA DE VIGILANCIA DE LA SALUD POR EXPOSICIÓN AL COVID-19	Código: PAT-SSOMA-FT-67
		Versión: 02
		Fecha de Aprobación: 20.09.2021

FECHA: _____

1. DATOS GENERALES:

Apellidos y nombres:			
Edad:		Celular:	
*DOI :		Dirección:	
**Empresa:		Área/ Sede de trabajo:	

**DOI: Documento oficial de identidad (DNI, PASAPORTE, CARNET DE EXTRANJERÍA)*

***Empresa: para el caso de personal tercero, especificar el nombre de la empresa a la cual pertenece.*

2. SINTOMATOLOGÍA: Marque con una ("X")

a. En los últimos 14 días ¿Ha tenido alguno de los síntomas siguientes?

SÍNTOMAS	SI	NO
▪ Sensación de alza térmica o fiebre		
▪ Tos, estornudos o dificultad para respirar		
▪ Expectoración o flema amarilla o verdosa		
▪ Pérdida del gusto y/o del olfato		
▪ Contacto con persona (s) con un caso confirmado de COVID-19		
▪ Está tomando alguna medicación (Detallar cuál o cuáles): _____		

Otros Síntomas: _____

b. ¿Ha estado en contacto directo con alguna persona enferma respiratoria de Covid-19 en los últimos 14 días? Detallar si era caso sospechoso, confirmado. Muerte sospechosa.

- Si. Detallar: _____
- No.

c. ¿Ha visitado algún Establecimiento de Salud, hospital o Clínica Privada (EESS) los últimos 14 días?

- Si. Indicar el EE.SS.: _____
- No.

d. ¿Convives con algún familiar de las Fuerzas Armadas, Policía, Enfermero, Médico, bomberos?

- Si. Indicar cual: _____
- No.

3. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

¿Ha sido diagnosticado(a) de alguna de estas enfermedades?, Marque con una ("X"):

PATOLOGÍA	SI	NO	PATOLOGÍA	SI	NO
Diabetes Mellitus			Arritmia Cardíaca		
Hipertensión Arterial (presión alta)			Insuficiencia cardíaca		
Obesidad: Peso: Talla: IMC:			Infarto del corazón		
Cáncer (indicar de qué) _____			Infarto cerebral		
Gestante/Lactante (especificar) _____			Hemorragia cerebral		
Asma Bronquial			Artritis reumatoide		
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o bronquitis crónica			Otra enfermedad autoinmune (Artritis Reumatoidea, Lupus eritematoso sistémico, Enf. Sjögren, otras)		
Cirrosis hepática			Hepatitis B		
Hipotiroidismo			Hepatitis C		
Hipertiroidismo			Enfermedad de Parkinson		
Epilepsia			Esclerosis múltiple		
Insuficiencia Renal Crónica			Otra condición médica o enfermedad crónica: Indicar:		

4. VACUNACIÓN: Marque con una ("X")

a. ¿Se encuentra vacunado?

- Si.
- No.

b. Si Ud. se encuentra vacunado, Indicar el número de Dosis

- 1° DOSIS
- 2° DOSIS

Asimismo, declaro que la información declarada en el presente documento es veraz y reconozco, y acepto que cualquier omisión o falsedad en la información declarada es considerada como una falta grave que configura causal de resolución de mi contrato de trabajo; así mismo **PESQUERA ALTAIR S.A.C** podrá impedir el ingreso a sus instalaciones al personal externo.

Eximo de responsabilidad a la empresa **PESQUERA ALTAIR S.A.C**, por cualquier daño o lesión que se pueda generar a mi salud como consecuencia de mi ingreso, o por omisión de información sobre mi estado de salud.

Declaro sujetarme a lo que disponga **PESQUERA ALTAIR S.A.C**, respecto a la posibilidad de mi ingreso, atendiendo a mi estado de salud y lo declarado en el presente documento, corresponde a la verdad de hechos y tengo conocimiento que si lo declarado es falso me sujeto a los alcances de lo establecido en el código Penal en su Artículo 289°: Propagación de enfermedad peligrosa o contagiosa. - El que, a sabiendas, propaga una enfermedad peligrosa o contagiosa para la salud de las personas, será reprimido con pena privativa de libertad no menor de tres ni mayor de diez años. Si resultan lesiones graves o muerte y el agente pudo prever estos resultados, la pena será no menor de diez ni mayor de veinte años.

Firma y Sello del Personal de Salud

FIRMA DEL TRABAJADOR

Fecha de revisión: ____/____/____