

	<b>Protocolo de Ingreso de Personal a las Unidades Operativas del Lote 08 ante COVID-19</b>		<b>PRÁCTICA TÉCNICA</b>
Código: PERPPN-SEG-040	Fecha: 10 de octubre 2022	Versión 5.0	Page 16 of 26

## ANEXO 1

PPN En liquidación		DECLARACION JURADA Vigilancia de coronavirus - COVID-19 y otros virus respiratorios			
<p>En el contexto de la pandemia por CORONAVIRUS COVID-19, con la finalidad de evitar el contagio de esta enfermedad, se solicita conteste este cuestionario, respondiendo de manera objetiva y sincera, a fin de poder implementar acciones que protejan la salud de los trabajadores.</p>					
<b>1.- Identificación</b>					
Apellidos y Nombres:		Edad (<65):			
Sexo:	M F	Estado Civil:	S C Cv Vd		
Empresa:	Área de trabajo:		Teléfono:		
Fecha de nacimiento:	Año Mes Día	Documento de identidad:	DNI: Pasaporte: Otro:		
Procedencia:	Domicilio:				
<b>2.- Antecedentes</b>					
2.1 Exposición		SI	NO		
¿Ha compartido el mismo ambiente con alguien con síntomas de infección respiratoria o COVID-19 los últimos 14 días?					
¿Ha compartido el mismo ambiente con alguien con síntomas de infección respiratoria o COVID-19 a menos de 2 metros?					
¿En su domicilio, habita personal de salud en actividad atendiendo pacientes con COVID-19?					
2.2 COVID-19		SI	NO		
¿Ha sido diagnosticado de COVID-19 anteriormente?			¿Cuándo?:		
Si la respuesta fue SI, ¿se confirmó el diagnóstico con pruebas positivas de laboratorio?					
Si la respuesta fue SI, ¿tiene el Certificado de Alta Epidemiológica y/o Alta laboral de su área de Salud Ocupacional?					
2.3 VACUNACIÓN COVID-19		SI	NO		
¿Ha sido vacunado contra el COVID-19?					
Si la respuesta fue SI, ¿completó las TRES (3) dosis recomendadas?					
2.4 Comorbilidad / enfermedades crónicas		SI	NO		
Edad > 60 años			Cáncer		
Diabetes Mellitus tipo 1 ó 2			Enfermedad renal crónica		
Hipertensión arterial: Tratamiento:.....			Receptores de trasplantes		
Obesidad IMC >30 (Talla (cm):..... Peso (Kg):.....)			Enfermedad cerebrovascular (infarto, hemorr)		
Enfermedad pulmonar crónica (EPOC, fibrosis quística o pulmonar, hipertensión pulmonar, asma grave o no contr)			Síndrome de Down		
Afecciones cardíacas (Insuf. Cardíaca, enfermedad de arterias coronarias o miocardiopatías)			Infección por HIV		
Persona inmunodeprimida (inmunodeficiencia primaria, uso prolongado de corticoides o uso de Inmunosupresores)			Gestante o puerpera		
			Otras enfermedades		
			Especifique:		
<b>3.- Síntomas</b>					
En las últimas 48 horas ha presentado alguno de los siguientes síntomas:					
Síntoma	SI	NO	Síntoma	SI	NO
Fiebre (T°>37,5°C) (Temperatura actual:.....°C)			Irritabilidad / Confusión		
Tos			Escalofríos		
Alteración del olfato (disosmia)			Expectoración		
Alteración del gusto (disgeusia)			Molestia visual a la luz (fotofobia)		
Dolor de garganta (disfagia)			Diarrea		
Malestar general			Náuseas (deseo de vomitar)		
Congestión o secreción nasal (rinorrea)			Vómito (expulsar por la boca lo ingerido)		
Dolor de cabeza (cefalea)			Dolor de oído (otalgia)		
Dificultad respiratoria (disnea, sensación de falta de aire)			Dolor articular		
Enrojecimiento ocular (congestión ocular)			Otras molestias o síntomas		
Dolor muscular			(especificar):		
<p>Declaro sujetarme a lo que disponga Pluspetrol Norte en Liquidación, respecto a la posibilidad o no de viajar, atendiendo a mi estado de salud y lo declarado en el presente documento.</p> <p>Declaro que en caso de tener positivo alguno de los síntomas durante mi permanencia en las instalaciones, acudiré inmediatamente a la Unidad Médica para la atención respectiva.</p>					
<b>Declaración realizada en (especificar):</b>					
Hotel:	Aeropuerto:		Otros:		
FIRMA:	FECHA:				
NOMBRE Y APELLIDOS:	DNI:				