

DECLARACIÓN DE ESTADO DE SALUD

Apellidos				Teléfono	
Nombre				RUT	
Unidad					
Cargo					
Jefe directo					
Condición laboral (Marque solo una opción)	Contrata	Propiedad (Planta)	Honorario UFRO		
	FUDEA	Estudiante de Postgrado			
	Honorario proyecto → Nombre proyecto:				
	Empresa contratista → Nombre empresa:				
	Otro → Detalle:				
Fecha inducción	/ /21	Relator		Virtual	Presencial

1.- ¿Ha sido diagnosticado de COVID-19?

SI	Fecha PCR +	/ /	Fecha PCR control -	/ /	NO
----	-------------	-----	---------------------	-----	----

2.- ¿Ha estado en contacto estrecho con una o más personas que han cursado una enfermedad respiratoria en los últimos 15 días?

SI	NO	NO SABE
----	----	---------

3.- ¿Ha tenido alguna enfermedad en los últimos 15 días?

SI	CUAL:	NO
----	-------	----

Indique SI o NO para cada posible síntoma			
SI/NO	SÍNTOMAS ACTUALES	SI/NO	SÍNTOMAS ACTUALES
	Tos		Fiebre
	Dificultad respiratoria		Dolor muscular
	Dolor de Garganta		Dolor torácico
	Escalofríos		Dolor de cabeza
	Diarrea		Perdida de olfato
	Perdida del gusto		

Declaro que será mi responsabilidad informar a la Coordinación de Prevención de Riesgos si se produce algún cambio en lo informado en este documento.

FIRMA : _____

FECHA : _____