

DECLARACIÓN DE ESTADO DE SALUD

Apellidos				Teléfono		
Nombre				RUT		
Unidad						
Cargo						
Jefe directo						
Condición laboral (Marque solo una opción)	Contrata	Propiedad (Planta)		Honorario UFRO		
	Estudiante de Pregrado		Estudiante de Postgrado			
	Honorario proyecto → Nombre proyecto:					
	Empresa contratista → Nombre empresa:					
	FUDEA	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	CUÁL:	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 División de Prevención de Riesgos si se produce algún cambio en lo informado en este documento.

FIRMA : _____

FECHA : _____