



FACULTAD DE TEOLOGÍA PONTIFICIA Y CIVIL DE LIMA

Ficha de Sintomatología de la COVID-19 para el ingreso a la biblioteca de la FTPCL

Declaración Jurada

Apellidos y Nombres:

Área de Trabajo:

DNI:

Dirección:

Número:

Celular

En los últimos 14 días calendario he tenido algunos de los síntomas siguientes:

	SI	NO
1. Sensación de alta 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 olfato		
5. Contacto con un caso confirmado de COVID-19		
6. Está tomando alguna medicación (detallar cuál y cuáles):		
7. Pertenece a algún Grupo de Riesgo para COVID-19		

Especifique:

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

Firma

Fecha: