

HOSPITAL AGRAMONT M.R.
CENTRAL DE EMERGENCIAS NUEVA ESPERANZA S.A.

ANEXO N° 1

**FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE SITUACIÓN ACTUAL DE SALUD PARA
PREVENIR CONTAGIOS POR COVID – 19**

En el marco de lo previsto por el **Art. 4** (*Adopción de medidas de promoción de la salud para la prevención y contención de la enfermedad Covid-19 al interior de sus instituciones*) de la **Resolución Biministerial N° 001/20** de 13 de marzo de 2020 emitida de manera conjunta por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Trabajo, Empleo y Previsión Social, el **Art. 4°** (*Duración de la emergencia sanitaria nacional y cuarentena*) del **D.S. 4196** de 17 de marzo de 2020, el **Art. 6°** (*Medidas Preventivas y Promoción de la salud*) de la **Resolución Ministerial N° 189/20** de 18 de marzo de 2020 del Ministerio de Trabajo, el **Art. 8** (*Deberes y obligaciones de cumplir los protocolos y normas de bioseguridad para prevenir el contagio de Covid-19*) de la **Ley N° 1293** de 1 de abril de 2020, **apartado 6)** -*Obligación de adoptar las medidas de promoción de la salud, la prevención del contagio y contención de la enfermedad Covid-19-* del **Comunicado 09/2020** de 18 de marzo de 2020 del **Ministerio de Trabajo, Empleo y Previsión Social** y demás disposiciones concordantes existentes, la persona que suscribe al pie *–en adelante el/la TRABAJADOR/A-*, a efectos de ingresar a y permanecer en las instalaciones de la empresa **HOSPITAL AGRAMONT M.R./CENE S.A.**, y evaluar la situación actual de salud para prevenir contagios por Covid-19, asumiendo el/la TRABAJADOR/A la responsabilidad plena de las respuestas contenidas en este documento, declara:

En los últimos 14 (catorce) días previos a la fecha de suscripción del presente documento, tuvo:

		SI	NO
1	Tos		
2	Febrícula o Fiebre por encima de 38,5 grados centígrados		
3	Sequedad y/o dolor en la garganta		
4	Pérdida o disminución del olfato (Anosmia o hiposmia)		
5	Pérdida o disminución del gusto (Ageusia o hipogeusia)		
6	Síntomas gripales o de resfrío (congestión o catarro nasal)		
7	Cansancio o Dificultad para respirar (disnea)		
8	Aumento de la frecuencia respiratoria (taquípnea o polípnea)		
9	Cefalea (dolor de cabeza)		
10	Dolores musculares (mialgias)		
11	Dolores de articulaciones (artralgias)		
12	Aumento de frecuencia de deposiciones intestinales (diarrea)		
13	Irritabilidad emocional o confusiones de la memoria		
14	Ganas de vomitar (náuseas) y/o vómitos		
15	Ojos rojos (congestión ocular) y/o secos (sequedad ocular)		
16	Lesiones cutáneas (máculas, pápulas y/o vesículas) y escozor		
17	Malestar general		
18	Pérdida de fuerza y/o ganas (adinamia y astenia)		
19	Contacto directo por más de 15 minutos y a menos de 2 metros , con clientes externos (pacientes) sospechosos o confirmadas Covid-19		
20	Contacto directo por más de 15 minutos y a menos de 2 metros , con clientes externos (familiares) sospechosos o confirmadas Covid-19		
21	Necesidad de atención y/o internación médica		
22	Necesidad de visitar a un centro médico por diagnóstico (s) de hipertensión arterial, obesidad, diabetes, asma, cáncer u otra patología subyacente (<i>Subraye la o las patologías si corresponde</i>)		

HOSPITAL AGRAMONT M.R.
CENTRAL DE EMERGENCIAS NUEVA ESPERANZA S.A.

Asimismo, en razón a que la naturaleza de las actividades de prestaciones de servicios de salud a la población del Hospital Agramont M.R./CENE S.A., el/la TRABAJADOR/A acepta igualmente sujetarse a todas las medidas de control que así pueda disponer la Empresa, tales como:

- Fiel cumplimiento a los protocolos y medidas de bioseguridad publicados en las vitrinas y enviados por vía WhatsApp al personal.
- Uso apropiado de todos los equipamientos de bioseguridad que le pueda ser proporcionado por la empresa.
- Medición de la temperatura al ingreso a las instalaciones.
- Lavado de manos al ingreso a las instalaciones del Hospital Agramont M.R.
- Evaluaciones y/o exámenes o pruebas médicas que así requieran.
- Cumplimiento de instructivas sobre distanciamiento social.
- No exponerse a lugares en los cuales exista reuniones masivas de personas fuera del horario de trabajo.
- Informar al médico responsable de turno de la empresa en caso de presentar o advertir cualquier síntoma inherente al COVID-19 señalados en el cuadro precedente.

Para tal efecto, el/la TRABAJADOR/A suscribiente, a tiempo de firmar el presente documento declara conocer del Manual de Bioseguridad elaborado por la Empresa.

Finalmente, el/la TRABAJADOR/A declara estar consciente que, el incurrir en cualquier tipo de falsedad en la declaración contenida en este documento, el incumplimiento a las medidas de bioseguridad y/o la inobservancia al adecuado uso de los implementos de bioseguridad que le asigne la empresa, serán susceptibles no sólo de la correspondiente sanción laboral por infracción de los **Incs. c) -Omisiones o imprudencia que afecten a la seguridad o higiene industrial- y e) -Incumplimiento total o parcial del convenio-** del **Art. 16 de la Ley General del Trabajo** y los **Incs. c) -Omisiones o imprudencia que afecten a la seguridad o higiene industrial- y e) -Incumplimiento total o parcial del contrato de trabajo o del reglamento interno-** del **Art. 9 de su Decreto Reglamentario**; es decir, resolución del contrato por omisiones o imprudencias que afecten la seguridad ocupacional así como incumplimiento de contrato de trabajo, sino además será pasible a la denuncia e inicio de la acción legal respectiva ante las autoridades llamadas por ley.

Firma al pie en constancia, de manera voluntaria y sin vicio de consentimiento alguno:

NOMBRE DEL/LA TRABAJADOR/A:
NÚMERO DE CÉDULA DE IDENTIDAD:
CARGO EN LA INSTITUCIÓN
LUGAR Y FECHA: El Alto, de de 2020

FIRMA DEL/LA TRABAJADOR/A:

.....
.....
.....
.....

FIRMA Y PIE DE FIRMA DEL/LA MÉDICO/A DE EMERGENCIAS
QUE COLABORÓ EN LA ORIENTACIÓN DEL LLENADO DEL
FORMULARIO