

La SECRETARÍA DEL TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL le informa; que se han tomado todas las medidas de higiene para evitar en la medida de lo posible el riesgo del contagio de COVID 19 SARS-CoV2 en sus instalaciones, como lo estipulan los protocolos.

La SECRETARÍA DEL TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL hace de su conocimiento que su NOMBRE y LAS CONDICIONES DE SALUD serán considerados como INFORMACIÓN CONFIDENCIAL y que la misma es recabada para fines estadísticos. Si usted quiere conocer nuestro aviso de privacidad integral, le informamos que está disponible en nuestra página www.stps.jalisco.gob.mx

Le invitamos a leer con atención el siguiente aviso y proporcione los siguientes datos:

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

He tenido contacto en los últimos 7 días con sospechosos COVID SÍ NO

¿Tipo de contacto? _____ (dentro o fuera de casa)

He tenido contacto en los últimos 7 días con confirmado de COVID SÍ NO

¿Tipo de contacto? _____ (dentro o fuera de casa)

Marque la casilla si ha presentado alguno de los siguientes **síntomas**.

- Sin síntomas
 - Fiebre
 - Dificultad respiratoria
 - Dolor de garganta (Odinofagia)
 - Dedos azulados (Cianosis)
 - Dolor muscular (Mialgias)
 - Calosfríos
 - Diarrea
 - Irritabilidad
 - Vómito
 - Respiraciones Rápidas (Polipnea)
 - Dolor en pecho
 - Escurrimiento nasal (Rinorrea)
 - Dolor de cabeza (Cefalea)
 - Dolor Abdominal
 - Pérdida del olfato (Anosmia)
 - Pérdida del gusto (Disgeusia)
 - Otros
- ¿Cuál? _____

Marque la casilla si presenta alguna de las siguientes **enfermedades previas**.

- Sin enfermedades previas.
- VIH / SIDA
- Diabetes
- Hipertensión
- Insuficiencia Renal
- Insuficiencia Hepática
- Asma
- Tabaquismo
- Inmunodepresión
- Obesidad
- Enfermedades del Corazón
- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
- Otro
- ¿Cuál? _____

Yo, _____, el día _____

_____ manifiesto que con las condiciones de salud que he declarado, estoy consciente que soy susceptible de contagio y me responsabilizo individualmente de mi salud. Advertido del riesgo, acataré todas las medidas de higiene que me sean indicadas.

Para constancia nombre y firma:

* Adulto mayor SÍ NO Edad _____