



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
DIRECCIÓN NACIONAL DE SERVICIOS CORPORATIVOS
SUBDIRECCIÓN NACIONAL DE GESTIÓN DE TALENTO HUMANO
EVALUACIÓN POR EXPOSICIÓN A RIESGO BIOLÓGICO

Nombres Completos:		Edad:	
Dependencia:		Cédula:	
Cargo:		Número de celular:	
Correo Electrónico:		Número de contacto de emergencia:	
Dirección actual:		En caso de emergencia comunicar a:	
Sector:		Parentesco:	

Llene el siguiente cuestionario colocando X en si o no, según corresponda

Nro.	DESCRIPCIÓN	SI	NO	OBSERVACIÓN
1	Ha estado en los últimos 15 días fuera del país?			
2	Ha estado en los últimos 15 días fuera de la provincia de su residencia? En dónde?			
3	Ha estado en los últimos 15 días fuera de su hogar? En dónde?			
4	Ha estado en los últimos 15 días internado, o en emergencia en alguna clínica, hospital o similar por amigdalitis, faringitis, bronquitis, sinusitis, neumonía, influenza o alguna otra no mencionada?			
5	Ha estado en contacto en los últimos 15 días con personas consideradas como sospechosas o confirmadas para coronavirus (COVID-19)?			
6	Presenta actualmente una molestia respiratoria aguda (dolor intenso de garganta, fiebre de 30° o más, "gripe" o resfrío común, tos, dificultad para respirar?			
7	Tiene antecedentes de diagnósticos respiratorios como fibrosis pulmonar, bronquitis, neumonía, insuficiencia respiratoria, tumor o cáncer de vías respiratorias, influenza o alguna otro no mencionada?			
8	Tiene antecedentes de hipertensión, diabetes, síndrome metabólico, enfermedad de tiroides, artritis, artrosis, del sistema inmunológico?			
9	Usa actualmente medicamentos? Cuáles? Por qué razón?			
10	Considera en general que su estado de salud es bueno?			

Declaro que la información aquí entregada es verídica y se apega completamente a la realidad, doy el consentimiento para la verificación que corresponda para fines médicos y doy fé de haber recibido información sobre que hacer en caso de presentar alguna novedad en mi estado de salud en apego a los lineamientos establecidos por los entes de control del Ecuador y fuentes oficiales.

Nombre de la persona que recepta el documento:	Nombre de la persona que recepta el documento:
Firma:	Firma:
Fecha:	Fecha: