FORMULARIO DE SALUD Y SEGURIDAD PARA LOS PARTICIPANTES DE PUNTA UP!

Le solicitamos que lea atentamente el formulario que se encuentra a continuación y firme la declaración que se encuentra al pie del mismo. Por favor, entregarlo en la secretaría del evento.

1. Tengo conocimiento de que las siguientes afecciones o estados están vinculados a un riesgo mayor de complicaciones de la salud derivadas de la COVID-19

* Hipertensión
* Obesidad
* Enfermedades pulmonares crónicas, incluido el asma agudo.
* Diabetes tipo 1 y 2
* Enfermedades cardiovasculares
* Cáncer o historial de cáncer, incluso en remisión
* Enfermedad hepática o renal grave
* Embarazo
* Trastornos o tratamientos que puedan afectar la inmunidad
* Otros trastornos o tratamientos certificados por su médico tratante
* Edad, mayores de 60 años

1. Soy consciente de que NO debo asistir a la reunión en el caso de que yo, en los últimos 14 días previos a esta fecha:

* Haya sido declarado caso confirmado de COVID-19.
* Haya estado en contacto estrecho con un caso confirmado de COVID-19.
* Haya sido declarado en cuarentena por viaje u otra causa.
* Esté padeciendo alguno de los siguientes síntomas:
* Fiebre
* Tos, productiva o seca
* Dificultad para respirar
* Dolor de garganta
* Secreción nasal
* Dolor de cabeza
* Fatiga extrema
* Dolor muscular
* Diarrea
* Conjuntivitis
* Pérdida del olfato o del gusto

En el caso en que, durante el transcurso del evento, yo presentara alguno de los síntomas mencionados anteriormente, abandonaré las reuniones y solicitaré asesoramiento médico y lo comunicaré a la organización del evento.

Por otro lado, si presento síntomas de la COVID -19 hasta 48 horas después de haber concurrido a las reuniones, lo informaré a la organización, con el fin de que la misma pueda realizar el rastreo de contactos de otros participantes, siempre de manera confidencial.

Contacto de la organización: [v.negro@perspectiva.com.uy](mailto:v.negro@perspectiva.com.uy)

He leído y tomado nota de lo expuesto anteriormente. De tener alguna duda respecto al tema, lo consultare con mi médico.

Firma:

Nombre y apellido en letra de imprenta:

Teléfono móvil:

Empresa:

Estoy vacunado: sí \_\_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

Fecha: