**DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**

|  |  |
| --- | --- |
| Apellidos y Nombres |  |
| Unidad Orgánica / Oficina |  |
| Celular |  |
| Domicilio |  |
| Correo Electrónico |  |
| DNI |  | Edad |  |

Por medio de la presente, **DECLARO BAJO JURAMENTO**, encontrarme dentro del grupo de servidores con riesgo vulnerable por tener:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Aspecto a evaluar** | **Marque lo correspondiente:** | **Observaciones** |
| **SI** | **NO** |
| 1 | Edad mayor a 65 años |  |  |  |
| 2 | Hipertensión arterial no controlada |  |  |  |
| 3 | Enfermedades cardiovasculares graves |  |  |  |
| 4 | Cáncer |  |  |  |
| 5 | Diabetes Mellitus |  |  |  |
| 6 | Asma moderada o grave |  |  |  |
| 7 | Enfermedad pulmonar crónica |  |  |  |
| 8 | Insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis |  |  |  |
| 9 | Enfermedad o tratamiento inmunosupresor |  |  |  |
| 10 | Obesidad con IMC de 40 a más (\*) |  |  |  |
| 11 | Otros |  |  |  |

*(\*) El índice de masa corporal (IMC) se determina usando la formula peso(kg) / estatura(m)^2 Ejemplo: Peso 68 kg, Estatura = 1.66 m, Cálculo IMC = 68 / (1.65) (1.65) = 24.98*

La información brindada en la presente Declaración Jurada es verdadera, en consecuencia, asumo la responsabilidad que pudiera devenir de la comprobación de su falsedad o inexactitud, así como la presentación de los documentos que acrediten tal condición a solicitud del Ministerio de Salud.

Lima, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_.

HUELLA

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***FIRMA***