



DECLARACIÓN JURADA DE ESTADO DE SALUD

DECLARO BAJO JURAMENTO lo siguiente:

I. IDENTIFICACIÓN DEL SERVIDOR

Apellido paterno Apellido materno Nombres

Fecha de nacimiento: Edad: Sexo: M F DNI

Residencia: Departamento Provincia Distrito:

Número de teléfono: Correo Electrónico:

II. DATOS LABORALES AL QUE POSTULA: (Escriba con Letra Imprenta)

Cargo: Régimen Laboral: 276 CAS Otro:

Órgano:	<input type="text"/>	Dependencia:	<input type="text"/>
Unidad Orgánica:	<input type="text"/>	Otro:	<input type="text"/>

III. FACTOR O CONDICION DE RIESGO:

Declaro bajo juramento que los datos consignados que sustenta mi estado de salud actual, se basan en los factores de riesgo siguiente:


Marcar con X en el recuadro

Marcar con X en el recuadro

	SI	NO		SI	NO
Gestación:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lactancia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad renal crónica:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiopatía crónica:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inmunodeficiencia:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad neurológica crónica:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obesidad:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión Arterial:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Otro, especifique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Declaro **NO** encontrarme en los factores o condiciones de riesgo descritos:

IV. OTROS FACTORES:	SI	NO	Detalle (Consignar información de los dos (02) últimos meses)
1. ¿Tuvo una Fractura?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. ¿Fue Operado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. ¿Estuvo Internado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. ¿Alergias algún medicamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. ¿Padece de Anemia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. ¿Qué tipo de sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. ¿Tiene alguna discapacidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Otros, especifique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA	F-03
	UNIDAD EJECUTORA 409 HOSPITAL CENTRAL DE MAJES UNIDAD DE PERSONAL	

4.1.- ANTECEDENTES COVID -19:	SI	NO	Detalle
1. ¿Actualmente, usted presenta alguno de estos síntomas?			Fiebre () Tos () Dolor de garganta () Problemas para respirar () ninguno ()
INFORMACION ADICIONAL: _____			

V. DOCUMENTOS QUE DEBE ADJUNTAR:

El/los documento/s que acreditan los factores o condiciones de riesgo del Servidor/a u otros que corresponda, posteriormente serán presentados físicamente y de manera gradual a la Sub Gerencia de Recursos Humanos.

VI. DECLARACION DE GOZAR BUENA SALUD:

Declaro GOZAR DE UNA BUENA CONDICIÓN DE SALUD FÍSICA Y MENTAL a la fecha de la suscripción del presente, que me permite seguir realizando mis labores habituales.	SI	NO
De consignar (NO) fundamente las razones: _____		
Asimismo, autorizo que todo acto administrativo derivado del presente procedimiento, se me notifique en el correo electrónico (email) consignado en el presente Declaración Jurada:	SI	NO

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS EXPRESAN LA VERDAD

Asumo las responsabilidades correspondientes ante mi empleador, por la veracidad de la presente declaración jurada.

Asimismo, autorizo a mi empleador, el uso confidencial de la información brindada, solo y exclusivamente para los fines de salvaguardar la salud y bienestar que pudieran encontrarse dentro de los grupos de riesgos establecidos por la norma.

_____ APELLIDOS Y NOMBRES: _____ DNI N° _____ FECHA ____ / ____ / ____	HUELLA DIGITAL 