



## 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 sustentan 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
Gestación:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lactancia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiopatía crónica:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obesidad:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión Arterial:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro, especifique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SI	NO
Asma:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad renal crónica:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inmunodeficiencia:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad neurológica crónica:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer:	<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"/>	

	<b>GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA</b>	<b>F-03</b>
	<b>UNIDAD EJECUTORA 409 HOSPITAL CENTRAL DE MAJES</b> <b>UNIDAD DE PERSONAL</b>	

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 ( )
<b>INFORMACION ADICIONAL:</b> _____			

**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:**

Declaró 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.

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