**DECLARACION JURADA DE SALUD Y SINTOMATOLOGÍA**

## I.- Datos Generales

D.N.I.

Tipo de Documento Nro de Documento: Nombres y Apellidos:

Fecha de Nacimiento:

Edad:

Sexo:

Dirección actual de residencia:

Distrito:

Provincia:

Región:

Correo Electrónico:

## Familiar de contacto:

Vínculo:

Nombres y Apellidos:

Celular: Teléfono fijo:

Celular:

## REGIMEN LABORAL:

**LEY N° 30220: D.LEG. N° 276: D.LEG. 1057(CAS):**

## LOCACIÓN DE SERVICIOS:

**FECHA DE INICIO DEL CONTRATO DE LOCACIÓN:**

**II.- Preguntas de Evaluación** (Marque con una **X** donde corresponda)

## Antecedentes médicos de importancia:

**Sí No Año Observación**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Hipertensión arterial |  |  |  |  |
| Diabetes mellitus |  |  |  |  |
| Enfermedad cardiovascular (1) |  |  |  |  |
| Enfermedad Pulmonar Crónica |  |  |  |  |
| Cáncer (2) |  |  |  |  |
| Asma |  |  |  |  |
| Enfisema |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Enfermedad obstructiva pulmonar |  |  |  |  |
| Obesidad |  |  |  |  |
| Gestación |  |  |  |  |
| Otra condición médica |  |  |  |  |

Riesgo por entorno familiar (Indicar causas)

1. Indicar diagnóstico y tratamiento:
2. Indicar tipo de cáncer y tratamiento actual:
   1. **Información adicional importante** (Marque con una **X** donde corresponda)

### 1.- ¿Ha presentado algún síntoma?

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

* + Fiebre
  + Tos
  + Dolor de garganta
  + Dificultad respiratoria
  + Congestión Nasal
  + Otro: Indicar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2.- Fecha de inicio de síntomas:** ...............................................

### 3.- ¿Has tenido contacto con personas con diagnóstico confirmado de coronavirus?

**SI NO**

### 4.- ¿Ha estado fuera de tu ciudad de origen en los últimos tres meses?

**SI NO**

### 5.- Trabaja o estudia en un distrito distinto a su residencia?

**SI NO**

# Si su respuesta es **SI**: Especificar distrito(s).....................................................

### 6.- ¿Ud. cumple con alguna de las siguientes condiciones?

* + - Personal que trabaja en algún establecimiento de salud:
    - Personas con **comorbilidades:**
    - Inmunodepresión:
    - Mayor de 60 años:
    - Ninguna de las anteriores:

### 7.- En la casa donde habita tiene los siguientes grupos de riesgos:

* + - Adulto Mayor

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

* + - Niño
    - Gestante
    - Familiar con enfermedad crónica

(Especificar al operador cuales) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* + - Paciente con Enfermedad Respiratoria
    - Ninguna de las anteriores:

### 8.- Sufre Usted de alguna Enfermedad?

SI Detalle cuál es: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NO

### 9.- Toma algún tratamiento diario:

SI NO

### 10.- Al momento de la encuesta presenta alguno de los siguientes síntomas:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

* + - * Sensación de Fiebre
      * Tos y/o estornudos.
      * Dolor de garganta.
      * Malestar general.
      * Respiración rápida.
      * Sensación de falta de aire.
      * Congestión nasal.

### 11.- Ha tenido alguna atención por síntomas respiratorios

SI ¿Cuándo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NO

### 12.- ¿Le han tomado Hisopado o prueba rápida para Coronavirus en los últimos 14 días?

¿SI NO

¿Cuándo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Dónde? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Resultado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### 13.- ¿Ha recibido la dosis de vacuna de acuerdo al Programa de Salud del Ministerio de Salud?

SI NO

¿Cuándo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dónde? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Presenta: Una vacuna

Dos vacunas

Vacuna de Refuerzo

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# **DECLARO BAJO JURAMENTO,** que la siguiente información personal (datos personales, y estado actual de salud) proporcionado a la Universidad Nacional de Cajamarca, es veraz en todo su contenido. En caso de no resultar cierta, acepto estar incurriendo en el Delito de Falsedad y, conforme a lo establecido por el Código Penal, seré denunciado ante la autoridad competente por el delito Contra la Salud Pública.

Los datos consignados en la presente declaración jurada son de uso exclusivo de la Oficina General de Recursos Humanos de la Universidad Nacional de Cajamarca, su tratamiento se encuentra bajo los alcances de la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales. Se encuentra prohibido el uso distinto para el que fue proporcionado.

*Fecha: Firma Huella*

……/01/2022

***Base legal:*** *DIRECTIVA ADMINISTRATIVA* N*°* 321 *-*MINSA*/*DGIESP*, , D.U. Nº 031-2020-PCM, Resolución Ministerial N°010-*

*2022-MINSA, Resolución Ministerial N° 018-2022/MINSA Por favor enviar la presente Declaración Jurada al mail:*

***(1) Significado de Comorbilidad:***

*La presencia de uno o más diagnósticos médicos y crónicos que podría ser de riesgo para una forma severa de COVID 19, ejemplo: diabetes, presión, cáncer, asma obesidad, cardiopatía, arritmias cardiacas y otros.*