**DECLARACIÓN JURADA DE IDENTIFICACIÓN DEL PERSONAL DE LA SALUD O ADMINISTRATIVO EN EL GRUPO DE RIESGO POR EDAD Y FACTORES CLÍNICOS PARA COVID-19**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Apellidos y Nombres |  | | |
| Unidad Orgánica /Oficina |  | | |
| Ocupación |  | | |
| Especialidad |  | | |
| Teléfono de contacto |  | | |
| Domicilio |  | | |
| DNI |  | EDAD |  |

Por medio de la presente, en el marco del numeral 20.1 del Decreto de Urgencia N° 026-2020, Decreto Supremo N°094-2020-PCM, Resolución Ministerial N° 448-2020/MINSA, Resolución Ministerial N° 972-2020-MINSA, Decreto Supremo 031-2020-SA, Resolución y las normas que las modifiquen o reemplacen. DECLARO BAJO JURAMENTO encontrarme dentro del grupo de riesgo siguiente:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Factores de riesgo para COVID-19 | | Marque lo  correspondiente: | | Observaciones: Tratado y/o controlado |
| SI | NO |
| 1 | Edad mayor a 65 años |  |  |  |
| 2 | Hipertensión Arterial |  |  |  |
| 3 | Enfermedades Cardiovasculares |  |  |  |
| 4 | Diabetes |  |  |  |
| 5 | Obesidad IMC > 40 |  |  |  |
| 6 | Enfermedad Pulmonar Crónica |  |  |  |
| 7 | Cáncer |  |  |  |
| 8 | Otros estados inmunosupresión |  |  |  |
| 9 | No me encuentro dentro del grupo de Riesgo |  | |  |

Asimismo, en el marco del capítulo V del Decreto Legislativo N° 1499 ¿usted está a cargo del cuidado y sostén de familiares directos que cuentan con diagnósticos de COVID-19 o que son grupo de riesgo ante un posible contagio de COVID-19 y que no se encuentren hospitalizados? Marque una sola Opción Si ( ) NO ( ).

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 la solicitud de la entidad de salud.

Lima, de del 202 .

## HUELLA DIGITAL

**FIRMA DEL TRABAJADOR**