



MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE MARISCAL NIETO

DECLARACION JURADA SOBRE GRUPO DE RIESGO

Yo, _____ identificado (a) con DNI N° _____, declaro lo siguiente respecto a mis condiciones de salud:

Presentó algunas de las siguientes condiciones de salud	SI	NO
Mayor a 65 años		
Hipertensión arteria		
Enfermedades cardiovasculares		
Cáncer		
Diabetes Mellitus		
Obesidad con MC de 40 a mas		
Asma		
Enfermedades respiratorias crónicas		
Insuficiencia Renal crónica		
Enfermedad o tratamiento inmunosupresor		

*Factores de riesgo de acuerdo al Documento técnico aprobado mediante RM 239-2020-MINSA o de EsSalud. Todos los datos expresados en esta ficha constituyen una declaración jurada de mi parte.

He sido informado que, de omitir o falsear información, puedo perjudicar la salud de mis compañeros y la mía propia, lo cual constituye una falta grave a la salud pública, asumo sus consecuencias.

Fecha: ____/____/____

Firma _____



MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE MARISCAL NIETO

DECLARACION JURAADA

SISTOMATOLOGIA COVID-19 PARA EL REGRESO AL TRABAJO

He recibido explicación del objetivo de esta evaluación y me comprometo a responder con la verdad.

Entidad Publica _____ RUC _____

Órgano: _____ Unidad orgánica: _____

Apellidos y Nombres: _____ DNI _____

Dirección: _____ Celular _____

1. Sensación de alza térmica o fiebre
2. Tos, estornudos o dificultad para respirar
3. Expectoración o flema amarilla verdosa
4. Contacto con persona (s) con un caso confirmado de COVID-19
5. Está tomando alguna medicación

SI NO

SI	NO

Detalla cual o cuales:

Todos los datos expresados en esta ficha constituyen una declaración jurada de mi parte.

He sido informado que, de omitir o falsear información, puedo perjudicar la salud de mis compañeros y la mía propia, lo cual constituye una falta grave a la salud pública, asumo sus consecuencias.

Fecha: ____/____/____

Firma _____