**DECLARACIÓN JURADA DE CONDICIONES DE SALUD**

Yo, **……………………………………………………………………….**, identificada con DNI **…….……………** y con domicilio actual en la ………………………………………………………….., del distrito de: ………………………………, provincia de: …………………………… y departamento : …………………………………….…….., declaro lo siguiente respecto a mis condiciones de salud actual:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Presentó/presenta alguna de las siguientes condiciones de salud** | **SÍ** | **NO** |
| Mayor de 65 años de edad |  |  |
| Enfermedades cardiovasculares |  |  |
| Hipertensión arterial |  |  |
| Diabetes Millitus |  |  |
| Asma |  |  |
| Enfermedades Respiratorias Crónicas |  |  |
| Insuficiencia renal crónica |  |  |
| Obesidad con IMC de 30 a más |  |  |
| Gestación |  |  |
| Lactancia |  |  |

Asimismo, declaro que dentro de mi vivienda residen los siguientes familiares que cuentan con las condiciones de salud que las ubican en el grupo de riesgo.

1.- Ninguno

Abancay, …….... de abril del 2021

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del postulante

DNI: ………………………………

Huella