**DECLARACION JURADA DE SALUD DE PERSONAL QUE INGRESA**

En el marco de lo previsto en los Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de la Salud de los Trabajadores con Riesgo de Exposición a COVID-19, aprobado por Resolución Ministerial N° 239-2020-MINSA y su modificatoria, se le solicita llenar la presente declaración jurada con la finalidad de poder brindar las recomendaciones necesarias orientadas a preservar su estado de salud.

**DATOS PERSONALES**

Apellidos y Nombres: ………

Fecha de nacimiento: ………. Edad: ………. DNI: …….

Dirección: …………..

Número de celular personal: …………………………….

Distrito: …………….. Provincia: …………. Departamento: ………..

Unidad Orgánica: …………………………….

En caso de emergencia comunicarse con las siguientes personas:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. |  |
| 2. |  |
| Apellidos y Nombres | Número de Celular |

Antecedentes médicos de importancia:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANTECEDENTES** | **SI** | **NO** | **AÑO** | **OBSERVACIÓN** |
| Mayor a 65 años |  |  |  |  |
| Hipertensión arterial |  |  |  |  |
| Diabetes mellitus |  |  |  |  |
| Enfermedad cardiovascular (1) |  |  |  |  |
| Enfermedad Pulmonar Crónica |  |  |  |  |
| Cáncer |  |  |  |  |
| Asma |  |  |  |  |
| Enfisema |  |  |  |  |
| Enfermedad obstructiva pulmonar |  |  |  |  |
| Obesidad |  |  |  |  |
| Gestación |  |  |  | FUR:  FPP: |
|  | | | |  |
| Marcar con una (X) de ser el caso | | | |  |
| No presento ningún antecedente médico previamente señalado |  | | |  |

Riesgo por entorno familiar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Indicar causas) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Indicar diagnóstico y tratamiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Alergias: | Declaro ser alérgico(a) a ……………… |

Declaro bajo juramento que los datos proporcionados en el presente documento son verdaderos y tener conocimiento que está sujeta a los controles posteriores que efectúe la entidad, sometiéndome a las responsabilidades que acarrea la falsa declaración, por lo que asumo total responsabilidad de ello[[1]](#footnote-1).

De otro lado, en línea con la Resolución Ministerial Nº 488-2021-MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Plan Nacional Actualizado de Vacunación contra la COVID-19 y al Decreto Supremo Nº179-2021-PCM, se solicita precisar las fechas en que recibió la vacuna contra la COVID-19, según el siguiente detalle:

|  |  |
| --- | --- |
| **DOSIS** | **FECHA** |
| **PRIMERA** |  |
| **SEGUNDA** |  |
| **TERCERA** |  |

\*En caso no haya recibido la vacuna hasta el momento, dejar en blanco.

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

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

Firma

1. el literal g) del artículo 79° de la Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo, en materia de prevención de riesgos laborales los servidores se encuentran en la obligación de: *“g) Comunicar al empleador todo evento o situación que ponga o pueda poner en riesgo su seguridad y salud o las instalaciones físicas, debiendo adoptar inmediatamente, de ser posible, las medidas correctivas del caso sin que genere sanción de ningún tipo.”* [↑](#footnote-ref-1)