

# DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

## (NEGATIVO A COVID 19)

Yo, ..... con DNI.....

domiciliado en ..... en mi condición de Estudiante de la Escuela Profesional ..... de la UNIFSLB, mediante la presente teniendo pleno conocimiento del reinicio de las clases Presenciales y tomando en cuenta la emergencia sanitaria de la COVID-19, **declaro bajo juramento** que:

A la fecha de la firma para el retorno a las clases presenciales de la UNIFSLB manifiesto lo siguiente,

- NO PADEZCO de enfermedad del COVID-19,
- No presento síntomas propios de ésta, tales como fiebre, cansancio, tos seca, dificultad para respirar, dolor de garganta, diarrea, secreción nasal, dolores musculares y molestias propias de esta enfermedad,
- En caso presentara alguno de los referidos síntomas o malestares después del reinicio a las clases presenciales, deberé comunicar el hecho a la Universidad.
- Que, me encuentro vacunado al menos con la segunda dosis, lo que demuestro con el carnet de vacunación correspondiente.
- No me encuentro dentro del grupo de riesgo para COVID-19, establecida en la Resolución Ministerial N° 972-2020-MINSA, de fecha 27 de noviembre del 2020.
- No poseo ninguna condición de vulnerabilidad que ponga en riesgo mi salud y la de mis familiares.

En señal de verdad de mi declaración, me afirmo y me ratifico en lo expresado de acuerdo al "Principio de Presunción de Veracidad" del título preliminar de la Ley N° 27444, Ley de Procedimiento Administrativo General; y de resultar FALSA la información que, he proporcionado asumo mis responsabilidades administrativas, civiles y penales, que correspondan conforme a las disposiciones normativas vigentes.

Bagua \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2022.



Huella Digital

\_\_\_\_\_  
Firma

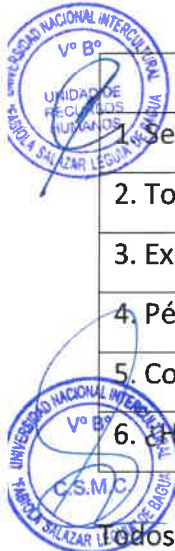
# Ficha de sintomatología COVID-19 para el reinicio a clases Presenciales

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

UNIVERSIDAD NACIONAL INTERCULTURAL FABIOLA SALAZAR LEGUÍA DE BAGUA

<b>Apellidos y nombres</b>			
<b>Escuela Profesional</b>			
<b>Teléfono de contacto</b>			
<b>Domicilio</b>			
<b>DNI</b>		<b>EDAD</b>	

En los últimos 14 días calendarios he tenido alguno de los síntomas siguientes:



<b>Síntomas</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1. Sensación de alza térmica o fiebre		
2. Tos, estornudos o dificultad para respirar		
3. Expectoración o flema amarilla o verdosa		
4. Pérdida del gusto y/o del olfato		
5. Contacto con persona(s) con un caso confirmado de COVID-19		
6. ¿Ha sido diagnosticado COVID-19 con prueba de laboratorio?		

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.

Bagua, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2022.

Firma: \_\_\_\_\_

## DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

<b>Apellidos y nombres</b>			
<b>Escuela Profesional</b>			
<b>Teléfono de contacto</b>			
<b>Domicilio</b>			
<b>DNI</b>		<b>EDAD</b>	

Por medio de la presente, DECLARO BAJO JURAMENTO, encontrarme dentro del grupo de estudiantes con riesgo vulnerable por tener:

Aspecto a evaluar	Marque lo correspondiente		Observaciones: tratado y/o controlado
	SI	NO	
1 Hipertensión arterial refractaria			
2 Enfermedades cardiovasculares graves			
3 Diabetes melitus			
4 Obesidad con IMC de 40 a más (*)			
5 Cáncer			
6 Enfermedad Pulmonar Crónica			
7 Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento con hemodiálisis			
8 Gestación			
9 Otros establecidos en el documento normativo vigente del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades			

La información brindada en la presente Declaración Jurada es verdadera, de acuerdo al "Principio de Presunción de Veracidad" del título preliminar de la Ley N° 27444, Ley de Procedimiento Administrativo General 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 solicitud del Ministerio de Salud.

(\*) El IMC se comprobará en la UNIFSLB al momento de su iniciar las clases presenciales.

Bagua, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2022.



\_\_\_\_\_  
FIRMA



**ANEXO 02: FORMATO PARA LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN DE UNIVERSITARIO EN EL GRUPO DE RIESGO – COVID19**

**Declaración Jurada**

Yo, \_\_\_\_\_ identificado(a) con DNI/CE N° \_\_\_\_\_ estudiante de la carrera profesional de: \_\_\_\_\_, ciclo : \_\_\_\_\_, numero (celular): \_\_\_\_\_, declaro lo siguiente respecto a mis condiciones de salud:

PRESENTÓ ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES DE SALUD	SI	NO
<b>SENSACIÓN DE ALZA TÉRMICA O FIEBRE</b> (en los últimos 14 días calendario)		
<b>TOS, ESTORNUDOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR</b> (en los últimos 14 días calendario)		
<b>HIPERTENSIÓN ARTERIAL REFRACTARIA</b> (presentar certificación medica)		
<b>ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES</b> (presentar certificación medica)		
<b>CÁNCER</b> (presentar certificación de dicha enfermedad)		
<b>DIABETES</b> (presentar certificación)		
<b>OBESIDAD CON IMC DE 40 A MÁS</b>		
<b>ENFERMEDAD PULMONAR CRÓNICA</b> (presentar certificación de dicha enfermedad)		
<b>EXPECTORACIÓN O FLEMA AMARRILLA O VERDOSA</b>		
<b>OTROS ESTADOS DE INMUNOSUPRESIÓN</b>		

Está tomando alguna medicación (detallar cuál o cuáles): \_\_\_\_\_

Todos los datos expresados en esta ficha constituyen 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 de constituir una falta grave a la salud publica asumo sus consecuencias

FIRMA: \_\_\_\_\_