

| |
|------------------------------------|
| DECLARACION JURADA DE SALUD |
|------------------------------------|

La Escuela de Posgrado de la UNIFÉ, con la finalidad de brindar el mejor servicio a sus estudiantes, requiere información referente a su salud para anticiparse a la presentación de alguna circunstancia de riesgo y disponer los recursos necesarios para el manejo de la misma. Se entiende que la referida información tiene carácter confidencial y sólo será usada para los fines expresados anteriormente bajo responsabilidad de la UNIFÉ.

| | | | |
|---------------------|-----------|--|--|
| Apellidos y Nombres | | | |
| Edad | Teléfonos | | |
| Programa | | | |

Tipo de sangre _____

1. ¿Padece actualmente alguna enfermedad importante?

| ENFERMEDAD | SI | NO | OBSERVACIONES |
|-----------------------|----|----|---------------|
| Hipertensión arterial | | | |
| Diabetes mellitus | | | |
| Asma bronquial | | | |
| Osteoartrosis | | | |
| Dislipidemia | | | |
| Otras (nombrar) | | | |
| | | | |
| | | | |

2. ¿Toma regularmente algún medicamento?

| MEDICAMENTO | SI | NO | OBSERVACIONES |
|-------------------|----|----|---------------|
| Antihipertensivos | | | |
| Antidiabéticos | | | |
| Antiasmáticos | | | |
| Antiinflamatorios | | | |
| Hipolipemiantes | | | |
| Otras (nombrar) | | | |
| | | | |
| | | | |

3. Es alérgica a alguna medicina?

4.- Requiere Ud. de algún cuidado especial?

5.- Indique el nombre, parentesco y teléfonos de 2 personas con las que debemos comunicarnos en caso de emergencia

| Apellidos y Nombres | Parentesco | Teléfonos |
|---------------------|------------|-----------|
| | | |
| | | |

Si usted necesita completar su información, sírvase pedir cita con la Doctora Stephanie Maquera, Área médica, al anexo 240.

Declaro que los datos proporcionados se ajustan a la verdad en mérito de lo cual firmo.

La Molina, _____ de _____ de 2024

FIRMA

DNI N°