# DE PADECIMIENTO DE COMORBILIDADES PARA RIESGO DE COVID-19 ESTUDIANTE EFSRT (PRACTICA PREPROFESIONAL)

Apellidos y Nombres : Dirección : DNI : Edad:

N° celular : Programa de Estudios:

Mediante el presente documento, declaro bajo juramento, que antes de iniciar mi actividad de EFSRT (Practica Pre profesional) de manera presencial, debo comunicar a la institución Educativa que: **SI ( ) NO ( )** pertenezco al Grupo de Riesgo ante el COVID–19.

En tal sentido, comprendo a cabalidad que debo responder con la verdad si cuento o no, con alguna comorbilidad que me ponga en riesgo de complicaciones por el COVID-19.

Por lo expuesto, declaro bajo juramento tener conocimiento de padecer las siguientes enfermedades o condiciones:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **COMORBILIDAD** | **SI** | **NO** |
| Hipertensión arterial refractaria (no controlada) |  |  |
| Enfermedades cardiovasculares graves |  |  |
| Cáncer |  |  |
| Diabetes Mellitus |  |  |
| Asma moderada o grave |  |  |
| Enfermedad pulmonar crónica |  |  |
| Insuficiencia renal crónica con tratamiento con hemodiálisis |  |  |
| Enfermedad o tratamiento inmunosupresor |  |  |
| Obesidad con IMC de 40 a más |  |  |
| Edad Mayor de 65 Años |  |  |
| Me encargo de cuidar a una persona con factores de riesgo por la COVID 19 |  |  |
| Gestación |  |  |
| Otros (indicar) |  |  |

Asimismo, comprendo a cabalidad que de omitir o falsear información puedo perjudicar mi salud, asumiendo las consecuencias que dicha omisión o falsedad puedan ocasionar en mi persona.

Barranca, de de 202

HUELLA DACTILAR

Firma

DNI: