# ANEXO N° 01. Formato para levantamiento de información de Grupo de Riesgo COVID-19.

**Formato para levantamiento de información de Grupo de Riesgo – COVID-19.**

Yo,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificado (a) con DNI N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ declaro lo siguiente respecto a mis condiciones de salud:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Presento algunas de las siguientes condiciones de salud\*** | **SI** | **NO** |
| Mayor a 65 años |  |  |
| Hipertensión arterial no controlada |  |  |
| Enfermedades cardiovasculares graves |  |  |
| Cáncer |  |  |
| Diabetes Mellitus |  |  |
| Obesidad con IMC de 40 a más |  |  |
| Asma moderada o grave |  |  |
| Enfermedad pulmonar crónica |  |  |
| Insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis |  |  |
| Enfermedad o tratamiento inmunosupresor |  |  |

**(\*)** Factores de riesgo de acuerdo a Documento técnico aprobado mediante R.M. N° 972-2020-MINSA.

Asimismo, declaro que dentro de mi vivienda residen los siguientes familiares que cuenta con las siguientes condiciones que los ubica dentro del grupo de riesgo:

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

Fecha: / / Firma del Declarante

# ANEXO N° 02. Ficha de sintomatología COVID-19

**Ficha de sintomatología COVID-19**

**DECLARACIÓN JURADA**

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

Apellidos y Nombre:

DNI:

Dirección domiciliaria:

Referencia para ubicación (opcional):

Número (Celular):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **En los últimos 14 días calendario ha tenido alguno de los síntomas siguientes:** | **SI** | **NO** |
| 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. 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 pública asumo las consecuencias.

Fecha: / / Firma del Declarante