

**DECLARACIÓN JURADA DE SALUD Y FACTORES DE RIESGO DURANTE LA PANDEMIA
CORONAVIRUS COVID-19
(Visitantes)**

He recibido explicación del objetivo de esta evaluación y la información brindada en la presente Declaración Jurada es verdad, en consecuencia, asumo la responsabilidad que pudiera devenir de su falsedad o inexactitud.

Por medio de la presente y en el marco de la Resolución Ministerial N° 283-2020-MINSA¹ declaro:

| | |
|---|--|
| No encontrarme considerado dentro del grupo de riesgo | |
| Si encontrarme considerado dentro del grupo de riesgo | |

Por favor responder el siguiente cuestionario (hasta la pregunta 6)

| Síntomas | | Sí | No |
|----------|-------------------------------------|----|----|
| 1 | ¿Está teniendo tos? | | |
| 2 | ¿Tiene dolor de garganta? | | |
| 3 | ¿Tiene malestar general? | | |
| 4 | ¿Ha tenido fiebre? (más de 37.5 °C) | | |
| 5 | ¿Tiene dificultad para respirar? | | |
| 6 | ¿Tiene congestión nasal? | | |

Caso sospechoso (Presenta Pregunta 1 y/o Pregunta 2; además de uno o más de las preguntas del 3 al 6)

| | |
|----|--|
| SÍ | |
| NO | |

Fecha: ____ / ____ / ____

| | |
|---|----------------|
| | |
| Firma | |
| DNI / Carné de extranjería / Pasaporte: | |
| | Huella digital |
| Nombre(s) y Apellidos: | |
| | |

¹ Personas mayores de 65 años, así como en aquellos que padezcan de: Hipertensión arterial no controlada, Enfermedades cardiovasculares graves, Cáncer, Diabetes mellitus, Obesidad con IMC>40, Asma moderada o grave, Enfermedad pulmonar crónica, Insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis, Enfermedad o tratamiento inmunosupresor.