DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

Por el presente documento, Yo ……., identificado con D.NI. ……., con domicilio real en ……., con teléfono de contacto ……., en mi condición de (padre/madre/apoderado) ……., del estudiante …… ……., identificado con D.N.I. No. ……., quien cursará el año escolar 2024 en el ……. grado, del nivel …….. de la **Institución Educativa Galileo**, por medio de la presente, **DECLARO BAJO JURAMENTO** que mi menor hijo cuenta con buen estado de salud y, de no ser así, presenta lo siguiente:

ASPECTOS A EVALUAR	MARQUE LO CORRESPONDIENTE		OBSERVACIONES: TRATADO Y/O CONTROLADO
	SI	NO	
Cáncer			
Enfermedad renal crónica			
Enfermedad pulmonar crónica: EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica); fibrosis pulmonar; hipertensión pulmonar; asma grave o no controlada			
Afecciones cardiacas, tales como insuficiencia cardiaca, enfermedad de las arterias coronarias o miocardiopatías			
Diabetes mellitus, tipo 1 y tipo 2			
Obesidad (índice de masa corporal (IMC) de 30kg/m2 o más)			
Personas inmunodeprimidas (sistema inmunitario debilitado) por inmunodeficiencias primarias, uso prolongado de corticosteroides u otros medicamentos inmunosupresores.			
Receptores de trasplante de órganos sólidos o células madre sanguíneas.			
Enfermedad cerebrovascular (infarto o hemorragia cerebral) Hipertensión arterial.			
Hipertensión arterial			
Síndrome de Down			
Embarazo			
Infección por VIH			
COVID-19			
Otros (indicar)			

La información brindada en la presente Declaración Jurada es verdadera, en consecuencia, asumo la responsabilidad que pudiera devenir de la comprobación de su falsedad o su inexactitud, así como la presentación de los documentos que acrediten tal condición a solicitud del Ministerio de Salud.

Suscrito a los _____ días del mes de _____ del 2024.

_____
Firma

Huella digital