

**DECLARACIÓN JURADA**

Yo, \_\_\_\_\_, identificada con DNI  
Nº \_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, declaro bajo juramento

(Marcar con X)

Si      No      tener Antecedentes Policiales

Si      No      tener Antecedentes Penales

Si su respuesta es Si, por favor, especifícalo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lima, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2024

\_\_\_\_\_  
**FIRMA**

**DNI Nº**

### 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

Programa

|  |           |  |  |
|--|-----------|--|--|
|  |           |  |  |
|  | Teléfonos |  |  |
|  |           |  |  |

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°