



### ANEXO

Yo, .....,  
identificado (a) con DNI /CE N°: ....., con domicilio  
en:..... declaro gozar de buena salud y lo  
siguiente respecto a mis condiciones de salud:

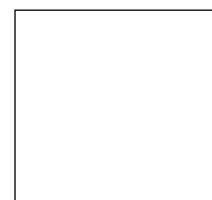
PRESENTO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES DE SALUD *	SI	NO
Mayor a 60 años		
Hipertensión arterial		
Cardiovasculares		
Diabetes mellitus		
Obesidad con imc de 30 a mas		
Asma		
Enfermedades respiratorias crónicas		
Insuficiencia renal crónica		
Enfermedad o tratamiento inmunosupresor		

\*Factores de riesgo de acuerdo a Documento técnico aprobado mediante RM N°193-2020-MINSA.

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

.....  
.....  
.....

\_\_\_\_\_  
Ap y Nom:  
DNI:



Huella Digital