**Anexo N° 05: Declaración jurada de estado de salud**

**(Exclusiva para postulantes que sean seleccionados)**

**DECLARACIÓN JURADA DE ESTADO DE SALUD**

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado(a) con el número de DNI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con domicilio legal en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ distrito de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ provincia de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ región de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro lo siguiente:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Soy alérgico (si la respuesta es “sí” especificar): | Sí | No |
| He sufrido de problemas respiratorios dentro del último mes (asma,  neumonía, enfisema u otros): | Sí | No |
| He tenido algún trastorno cardiovascular dentro de los últimos seis  meses (infarto de miocardio, arritmia, apoplejía u otros): | Sí | No |
| He sufrido algún tipo de operación dentro del último año: | Sí | No |
| He sufrido algún tipo de fractura, luxación, esguince o desgarro, dentro  de los últimos seis meses: | Sí | No |
| He presentado algún problema articular dentro de los últimos tres  meses: | Sí | No |
| He presentado algún otro tipo de enfermedad dentro del último año (al  margen de las ya mencionadas): | Sí | No |
| He manifestado problemas de salud sobre los 2000 metros de altitud  (mareos, dolor de cabeza u otros): | Sí | No |
| Tengo algún medicamento contraindicado (si la respuesta es “sí”,  especificar): | Sí | No |
| Tomo algún medicamento (si la respuesta es “sí” especificar): | Sí | No |
| **Comentarios y observaciones generales:** | | |

Finalmente, declaro bajo juramento que la información antes señalada es verídica y

corresponde a mi historial de salud.

**Firma**

**[Nombre][DNI]**