



**DECLARACIÓN JURADA DE SALUD,  
CONDICIONES Y COMORBILIDADES DEL ESTUDIANTE DE LA I.E.P. “SAN MARTIN DE PORRES”**

El llenado de esta Declaración Jurada de Salud, Condiciones y Comorbilidades se da en conformidad con la Resolución Ministerial N° 531-2021-MINEDU. Esta Declaración debe ser completado por el padre, la madre o el apoderado/a de cada estudiante. Se debe llenar una Declaración por cada hijo/a que estudie en la I.E.P. “SAN MARTIN DE PORRES”.

Todos los datos deben ser llenados por tener carácter de **OBLIGATORIO**.

Correo: \_\_\_\_\_

**Datos del estudiante**

APELLIDOS del estudiante: \_\_\_\_\_

Nombres del estudiante: \_\_\_\_\_

Nivel/Grado: \_\_\_\_\_

**Datos del padre, madre o apoderado que envía la presente declaración jurada**

APELLIDOS del padre, madre o apoderado: \_\_\_\_\_

NOMBRES del padre, madre o apoderado: \_\_\_\_\_

Documento de identidad del padre, madre o apoderado: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente, **DECLARO BAJO JURAMENTO**, que mi menor hijo o hija presenta o no alguna de las siguientes condiciones que lo pondría en riesgo vulnerable:

	Aspectos a evaluar	Marque lo corresponde:		Observaciones: tratado y/o controlado
		Si	No	
1	Cáncer			
2	Enfermedad renal crónica			
3	Enfermedad pulmonar crónica: EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica); fibrosis pulmonar; hipertensión pulmonar; asma grave o no controlada			
4	Afecciones cardiacas, tales como insuficiencia cardiaca, enfermedad de las arterias coronarias o miocardiopatías.			





5	Diabetes mellitus, tipo 1 y tipo 2			
6	Obesidad (índice de masa corporal (IMC) de 30kg/m <sup>2</sup> o más).			
7	Personas inmunodeprimidas (sistema inmunitario debilitado) por inmunodeficiencias primarias, uso prolongado de corticosteroides u otros medicamentos inmunosupresores			
8	Receptores de trasplante de órganos sólidos o células madre sanguíneas.			
9	Enfermedad cerebrovascular (infarto o hemorragia cerebral) Hipertensión arterial.			
10	Hipertensión arterial			
11	Síndrome de Down.			
12	Gestación			
13	Infección por VIH.			
14	Otros (indicar)			

En caso el estudiante presente algunos de las condiciones antes mencionadas, deben enviar los documentos que acrediten tal condición, a los siguientes correos: [enfermeria@iepsmp.edu.pe](mailto:enfermeria@iepsmp.edu.pe) y a [secretaria@iepsmp.edu.pe](mailto:secretaria@iepsmp.edu.pe)

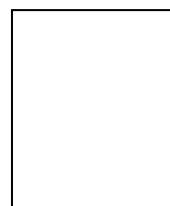
La información brindada en la presente Declaración Jurada es verdadera, en consecuencia, asumo la responsabilidad que pudiera devenir de la comprobación de su falsedad o inexactitud, así como la presentación de los documentos que acrediten tal condición.

La presente declaración jurada y/o los documentos que acrediten el estado de salud (de ser el caso) deberán ser remitidas dentro de las 24 horas de la recepción del presente documento.

Reque, .....de ..... del 2022.

.....

Firma



Huella digital

