DECLARACIÓN DE SALUD

ESTUDIANTES

**COVID-19**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre completo:** |  | | |
| Rut: |  | Edad: |  |

**Marque con una X, complemente en observaciones.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CONSENTIMIENTO** | **SÍ** | **NO** | **OBSERVACIONES** |
| Acepto responder esta encuesta con información personal para ser usada por el Comité de Crisis UdeC |  |  |  |
| **CONDICIÓN DE RIESGO** | **SÍ** | **NO** | **OBSERVACIONES** |
| **Tengo alguna de las siguientes condiciones de salud** | | | |
| * Diabetes |  |  |  |
| * Hipertensión arterial |  |  |  |
| * Enfermedad cardiovascular |  |  |  |
| * Enfermedad pulmonar crónica u otras afecciones pulmonares graves |  |  |  |
| * Enfermedad renal con requerimiento de diálisis o similar. |  |  |  |
| * Cáncer que está bajo tratamiento |  |  |  |
| * Trasplantado/a y con medicamentos de inmunosupresión. |  |  |  |
| * Sistema inmunológico disminuido producto de enfermedades o medicamentos. |  |  |  |
| * Me encuentro embarazada |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| FECHA |  | Firma Estudiante |

***Por favor, no modifique el formato de este documento.***

***Complete y convierta a PDF antes de enviar a la Jefatura de Carrera***