Anexo 4

**DECLARACIÓN DE SALUD ESTUDIANTES COVID-19 (IQUIQUE)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre completo:** |  |
| **Rut:**  |  | **Edad:** |  |
| **Carrera:**  |  | **N°Celular:** |  |

**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 |  |  |  |
| **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.
 |  |  |  |
| * Obesidad
 |  |  |  |
| * 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 Dirección Y/O Jefatura de Carrera.***