**DATOS PERSONALES**

**Nombres:**

**Apellidos:**

**Sexo:**

* M
* F

**Edad:**

**Fecha de nacimiento:**

**DNI:**

**Teléfono:**

**DATOS DE FAMILIAR DE CONTACTO QUE VIVA CON USTED, EN CASO DE URGENCIA:**

* Nombres y Apellidos:
* Teléfono:

**Correo electrónico:**

**Dirección domiciliaria:**

**Ocupación laboral:**

* Docente
* Personal Administrativo

**Facultad donde labora:**

* Ciencias Agropecuarias
* Ciencias Biológicas
* Ciencias Económicas
* Ciencias Físicas y Matemáticas
* Ciencias Sociales
* Derecho y Ciencias Políticas
* Educación y Ciencias de la Comunicación
* Enfermería
* Estomatología
* Farmacia y Bioquímica
* Ingeniería
* Ingeniería Química
* Medicina

**Escuela profesional donde labora:**

* Derecho
* Ingeniería Industrial
* Medicina
* Trabajo Social
* Ciencias de la Comunicación
* Antropología Social
* Arqueología
* Turismo
* Historia
* Educación Inicial
* Educación Primaria
* Educación Secundaria
* Farmacia y Bioquímica
* Enfermería
* Estomatología
* Ciencia Política y Gobernabilidad
* Economía
* Contabilidad y Finanzas
* Administración
* Ingeniería Química
* Ingeniería Ambiental
* Ingeniería de Sistemas
* Ingeniería Mecatrónica
* Ingeniería Mecánica
* Ingeniería Civil
* Ingeniería Metalúrgica
* Ingeniería de Materiales
* Ingeniería de Minas
* Arquitectura
* Física
* Matemáticas
* Estadística
* Informática
* Biología
* Microbiología y Parasitología
* Biología Pesquera
* Agronomía
* Zootecnia
* Ingeniería Agrícola
* Ingeniería Agroindustrial

**Seguro de salud:**

* SIS
* EsSalud
* Otro

**Centro de salud correspondiente o cercano a usted:**

**Enfermedad que padece:**

* Diabetes Mellitus
* Asma
* Enfermedad pulmonar crónica
* Obesidad o sobrepeso
* Hipertensión arterial
* Cáncer con quimioterapia
* Cáncer sin quimioterapia
* Enfermedades cardiovasculares
* Insuficiencia renal crónica
* Enfermedad reumatológica con uso continuo de antinflamatorios /corticoides
* Uso permanente de antinflamatorios o corticoides por otras causas.

**Sigue algún tratamiento:**

* Sí
* No