



**ANEXO N° 3**  
**PERFIL DE LA PERSONA ESTUDIANTE PARA LA PREVENCIÓN**  
**DEL CONTAGIO DE LA COVID-19**

Este documento debe ser completado en forma personal por la persona solicitante, debidamente apercibido de que la información que suministra debe ser completada correctamente, sin omisión ni falsear dato alguno, bajo la fe de juramento, siendo fiel expresión de la verdad y de no cumplirse será pasible de las penas previstas en el Art. N° 316 del Código Penal de Costa Rica para el delito de falso testimonio y las responsabilidades civiles que pueden derivar de este acto.

**Parte 1:** Marque **SÍ** o **NO** donde figura una (x). En caso afirmativo complete en observaciones si se le requiere. La presente debe ser conservada por un mínimo de 5 años.

El suscrito/a (nombre y apellidos),

Nacionalidad: \_\_\_\_\_ portador de la cédula de identidad/ o residencia/o  
pasaporte número: \_\_\_\_\_ y carné número \_\_\_\_\_

Bajo la fe de juramento, completo la siguiente declaración jurada:

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
(día-mes-año)

Dirección y domicilio actual, **exactos:** \_\_\_\_\_

Si ha viajado al extranjero, **indique los países y ciudades** en los que estuvo en los últimos 15 días:

Indique medio de transporte usual para el desplazamiento de su residencia a la universidad y viceversa:



Indique cómo se trasladará al lugar en que se desarrollarán las sesiones presenciales en caso de que las instalaciones físicas no sean de la UCR:

## Parte 2: Declaración jurada sobre padecimiento de afecciones asociadas como riesgo al COVID 19

### a) Criterio de aptitud clínica

1. ¿Padece o padeció alguna enfermedad cardíaca? Ej.: Infarto, arritmias, afecciones valvulares, fiebre reumática, miocardiopatías, malformación congénita, etc

Sí ( ) NO ( )

2. ¿Padece hipertensión arterial?

Sí ( ) NO ( )

3. ¿Toma alguna medicación asociada al tratamiento de la hipertensión arterial por cualquier otra razón?

Sí ( ) NO ( )

Explique.

4. ¿Usa marcapasos, desfibrilador automático, u otro?

Sí ( ) NO ( )

5. ¿Padece o padeció alguna enfermedad de riñón, vías urinarias, aparato digestivo?

Sí ( ) NO ( )

6. ¿Padece de hemofilia o algún trastorno de coagulación?

Sí ( ) NO ( )



7. ¿Padece de diabetes?

SÍ ( ) NO ( )

8. ¿Es insulino dependiente?

SÍ ( ) NO ( )

9. ¿Ha estado en forma accidental o profesional en contacto con materiales peligrosos (plaguicidas, sustancias radioactivas, etc.)?

SÍ ( ) NO ( )

10. ¿Toma algún medicamento en forma continua o discontinua?

Si ( ) NO ( )

11. ¿Padece alguna otra enfermedad que no haya detallado?

SÍ ( ) NO ( )

12. ¿Es alérgico?

SÍ ( ) NO ( )

13. ¿Es alérgico a alguna medicación?

SÍ ( ) NO ( )

14. ¿Tiene alguna otra discapacidad no detallada?

SÍ ( ) NO ( )

15. ¿Padece asma o insuficiencia respiratoria?

SÍ ( ) NO ( )

16. ¿Ha padecido pérdida de conocimiento, mareos, zumbidos, vértigo o temblores musculares?

SÍ ( ) NO ( )



17. Padece obesidad mórbida

Sí ( ) NO ( )

**b) Antecedentes de salud recientes**

18. Usted ha tenido contacto con alguna persona enferma de la COVID-19

Sí ( ) NO ( )

19. Actualmente, usted presenta alguno de estos síntomas

Fiebre ( ) Tos ( ) Dolor de garganta ( ) Problemas para respirar ( )

20. Ha sido diagnosticado/a con COVID-19

Sí ( ) NO ( )

En caso afirmativo, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

21. Ha sido dado/a de alta de COVID-19 en los últimos 3 meses

Sí ( ) NO ( )

Observaciones:

**Fecha:**

(día-mes-año)

**Firma ESTUDIANTE:**

**Este documento tiene carácter de declaración jurada y la información está protegida por la Ley de Protección de la Persona Frente al Tratamiento de sus datos personales N° 8968.**