



**Declaración Jurada de Asegurado**

NOMBRE Y APELLIDO: \_\_\_\_\_

CEDULA DE IDENTIDAD N°: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1. Por la presente Declaro que a mi conocimiento, información y entender, me encuentro en buen estado de Salud y no he padecido o no me han diagnosticado ninguna enfermedad en los últimos dos años.
2. No consumo ningún tipo de medicamento o droga
3. No practico deportes riesgosos o que se consideren peligrosos.
4. No tengo minusvalía o enfermedad crónica, ni percibo pensión por invalidez. No he sufrido accidentes o enfermedades que hayan dejado secuelas o pueden evolucionar.

En caso de estar en conocimiento de padecer alguna enfermedad, favor especificar a continuación, tratamiento, duración del tratamiento, medico tratante, nosocomio u otra información de relevancia:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Por la presente, declaro bajo Fe de Juramento que toda la información suministrada precedentemente, se ajusta a la verdad, es correcta y completa. La misma tiene carácter de Declaración Jurada, por lo que, de ser falsa, tengo conocimiento y asumo las consecuencias legales que ello implica. (Art. 243 del Código Penal Paraguayo).

Firma: \_\_\_\_\_

Aclaración de Firma: \_\_\_\_\_

N° de Cedula de Identidad: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Funcionario de IPS \_\_\_\_\_