

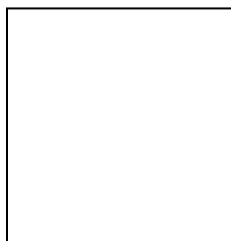
## Consentimiento informado del interno de ciencias de la salud para iniciar sus actividades de internado

Mediante el presente documento, yo, \_\_\_\_\_  
(nombres y apellido completos), identificado con Documento Nacional de Identidad/Carné de  
extranjería N° \_\_\_\_\_, en mi condición de interno de la carrera profesional de  
**MEDICINA HUMANA**, de la **UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**, expreso mi consentimiento informado  
para iniciar, voluntariamente, las actividades del internado en ciencias de la salud.

Asimismo, tengo conocimiento sobre los factores de riesgo para la COVID-19, así como de los signos  
y síntomas característicos, conforme a los establecido en las normas emitidas por el Ministerio de  
Salud.

De igual forma, manifiesto que SI (\_\_\_) o NO (\_\_\_) presento factores de riesgo o comorbilidad,  
consistente en \_\_\_\_\_ (señalar comorbilidad o factor de riesgo  
de existir), por lo que, expreso mi voluntad para iniciar el internado pese a la condición antes  
descrita.

Suscribo el presente consentimiento informado, en la ciudad de \_\_\_\_\_ a  
los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del 2021.



Huella digital

\_\_\_\_\_  
Firma

DNI/CE N° \_\_\_\_\_