



Declaración Jurada de Salud

1. Conceptos generales

La presente Declaración Jurada de Salud, deberá ser llenada en oportunidad del Examen Médico Preliminar (Subetapa inscripciones finales), en forma manuscrita y firmada por el interesado. Sin este requisito no se dará curso al trámite de inscripción como postulante para el ingreso. Se debe informar a cada ciudadano que este documento reviste carácter de Declaración Jurada, por lo que todo ocultamiento o falsa información es causa para ser pasible de las sanciones vigentes (Art. 293 del Código Penal).

FECHA: APELLIDO Y NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO: EDAD: SEXO:

LUGAR DE NACIMIENTO: NACIONALIDAD:

ESTADO CIVIL: HIJOS: DNI:

DOMICILIO: LOCALIDAD:

PROVINCIA: TELÉFONO:

Coloque x en el casillero que corresponda	SI	NO	
¿Tuvo que abandonar algún empleo por razones de salud?			Motivo
¿Recibió o tiene pendiente alguna indemnización por accidente o enfermedad profesional?			Motivo
¿Le ha sido negado alguna vez algún seguro de vida?			Motivo
¿Tiene seguro de vida?			¿Dónde?

HÁBITOS

	SI	NO	
¿Fuma UD?			¿Cuántos por día?
¿Toma bebidas alcohólicas?			¿Cuáles? ¿Cuántas por día?
¿Tiene sueño tranquilo?			¿Cuántas horas duerme?
¿Observa alguna dieta?			¿Cuál?
¿Practica deportes?			¿Cuáles?
¿Tiene otros pasatiempos?			¿Cuáles?
Consumió o consume drogas			

En caso afirmativo mencione el nombre de las mismas:

.....
.....

Si fue drogodependiente, fue asistido en algún centro de rehabilitación SI / NO.



TIENE O HA TENIDO ALGUNA VEZ (Marque con una X)

ENFERMEDAD	SI	NO	ENFERMEDAD	SI	NO	ENFERMEDAD	SI	NO
Mareos o desmayos			Enfermedad de la piel			Úlcera gástrica/duodenal.		
Nerviosismo excesivo			Trastornos en los ojos o dificultades en la visión			Ictericia		
Convulsiones			Distingue los colores			Trast. digestivos		
Dolores de cabeza frecuentes			Sordera o disminución de audición			Acidez		
Pesadilla Insomnio			Supuración de oídos			Tos crónica		
Pérdida de memoria			Vértigo o mareos			Hernias		
Neuritis o neuralgia			Resfríos frecuentes			Hemorroides		
Reumatismo			Dentadura en mal estado			Fracturas o luxaciones		
Dificultades al orinar o sangre en la orina			Tuberculosis			Articulaciones dolorosas o hinchadas		
Depresión			Sinusitis			Dolores en los pies		
Paludismo			Sangre en el esputo			Dolores en la rodilla		
Fiebre reumática			Sudores nocturnos			Dolor de espalda cintura o ciática		
Enf. venéreas			Pérdida de peso reciente			Amigdalitis		
Anemia			Trastornos en la voz			Várices		
Cáncer u otro tumor			Dolores de pecho					
Enf. Cardíaca			Falta de aire			Enf. nerviosas		
Urticaria			Palpitaciones del corazón			Se psicoanaliza		
Asma			Presión sanguínea					
Sufrió asma de chico			Sífilis			Dolor menstrual		
Bronquitis			Alergia					
Pleuresía			Diabetes			Ausencia de menstruación		
Neumotórax			Cálculos			Abortos		
Enf de Chagas			Enfermedades génito-urinarias			Patologías mamarias		
Epilepsia o disritmia			Recibió transfusiones de sangre			Fecha última menstruación		
Traumatismo de cráneo			Medicamentos que toma					

Declaro bajo juramento que mis respuestas son verdaderas y faculto a la autoridad sanitaria correspondiente a requerir cualquier otro dato al respecto.

Apellido y nombre:

Lugar y fecha:

.....
Firma aclaración y DNI