Fecha ____/____/____

Declaración Jurada Médica Obligatoria

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre _____ DNI _____

Edad _____ Estado Civil _____ Fecha de Nac. ____/____/____

Domicilio _____ Localidad _____

Nacionalidad _____ Teléfono _____

Marque con una cruz las enfermedades padecidas una por una y con la misma lapicera que firma.

Trastornos Neurológicos

Epilepsia ☐ Crisis Convulsivas ☐ Derrame Cerebral ☐ Cirugía de Cráneo ☐ Vértigo ☐ Cefaleas ☐

Otros _____

Trastornos Psiquiátricos

Crisis Nerviosas ☐ Depresión ☐ Pánico ☐ Fobias ☐ Ansiedad ☐

Otros _____

Trastornos Visuales

Miopía ☐ Hipermetropía ☐ Glaucoma ☐ Lentes de Contacto ☐ Astigmatismo ☐

Otros _____

Trastornos de Audición

Disminución de la Audición ☐ Zumbidos ☐ Otitis a Repetición ☐

Otros _____

Trastornos Respiratorios

Broncoespasmos a Repetición ☐ Asma ☐ Neumonías ☐ Tos Persistente ☐ Tuberculosis ☐

Alergias Respiratorias ☐

Otros _____

Trastornos Cardiovasculares

Arritmias ☐ Cirugía Cardiovascular ☐ Presión Alta ☐ Indique las cifras de presión habitual ☐

Otros _____

Trastornos Digestivos

Gastritis ☐ Úlcera Gástrica/Duodenal ☐ Hepatitis ☐ Pancreatitis ☐ Diarreas ☐ Hemorroides ☐

Enfermedad Celíaca ☐

Otros _____

Trastornos Ginecológicos

¿Menstrua regularmente? _____ Fecha de Última Menstruación ____/____/_____

Embarazos Sí ☐ No ☐ ¿Cuántos? _____ Partos Normales _____ Cesáreas _____

Presión alta o Diabetes en el embarazo Sí ☐ No ☐

Trastornos Metabólicos

Diabetes ☐ Gota ☐ Problemas de Colesterol ☐ Obesidad ☐ Cirugía Bariatrica ☐

Otros _____

Trastornos Endócrinos

Hipertiroidismo ☐ Hipotiroidismo ☐ Nódulos Tiroideos ☐

Otros _____

Trastornos de la Piel

Psoriasis ☐ Vitiligo ☐ Pénfigo ☐ Alergias cutáneas al sol ☐

Otros _____

Trastornos Reumáticos u Osteoarticulares

Fiebre Reumática ☐ Artritis Reumatoidea ☐ Lupus Eritematoso ☐ Lumbalgias ☐ Hernias de Disco ☐

Cervicalgias ☐ Artralgias ☐ Artrosis ☐

Otros _____

Várices en Miembros Inferiores Sí ☐ No ☐

¿Fracturas? _____ ¿Luxaciones? _____

¿Esguinces? _____ ¿Quemaduras? _____

¿Cirugías? _____

Hábitos y Costumbres

¿Fuma? Sí ☐ No ☐ ¿Cuántos por día? _____

¿Bebe Alcohol? Sí ☐ No ☐ ¿Qué bebidas? _____ ¿Cuánto? _____

¿Práctica Deportes? Sí ☐ No ☐ ¿Cuál/es? _____

¿Consume remedios? Sí ☐ No ☐ ¿Cuál/es? _____

ADVERTENCIA: *"será reprimido con reclusión o prisión de 1(uno) a 6 (seis) años el que insertare o hiciese insertar en un instrumento público declaraciones falsas, concernientes a un hecho que el documento deba probar, de modo que pueda resultar perjuicio: si se tratare de los documentos o certificados mencionados en el último párrafo del artículo anterior, la pena será de 3(tres) a 8 (ocho) años".*
(Conforme artículos 292 y 293 del código penal de la Nación Argentina)

Lugar y Fecha _____ Firma del Postulante _____

_____
Firma y sello del Médico