

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

Informo con carácter de Declaración Jurada Voluntaria, sujeta en todos sus términos a las regulaciones legales existentes en la materia, que registro los antecedentes laborales, familiares y de salud que a continuación se detallan y que no he tenido ni tengo las enfermedades que se incluyen en la lista, excepto aquellas indicadas con una "X".-

Datos Personales	
Apellido(s):	Nombre(s):
Documento N°:	Fecha de Nacimiento:
Nacionalidad:	Estado Civil:
Domicilio:	
Estudios Cursados:	Títulos:
Especialidad:	Antigüedad:
Tareas a desempeñar:	Sector:

Antecedentes Laborales Previos		
Empresa	Puesto / Función	Periodo

Antecedentes Familiares							
Parentesco	Edad	Enfermedades	Causa Fallecimiento	Parentesco	Edad	Enfermedades	Causa Fallecimiento
Padre				Esposa			
Madre				Hijos			
Hermanos							

¿Han padecido su cónyuge o familiares directos las siguientes enfermedades? (Marque con una "X" y especifique el parentesco en caso afirmativo)			
Enfermedad	Parentesco	Enfermedad	Parentesco
Tuberculosis		Presión Alta	
Diabetes		Enf. Corazón	
Asma, Alergias		Cáncer	
Enf. Nerviosas		Chagas	

¿Ha padecido o padece alguna de las siguientes enfermedades? (Marque con una "X" según corresponda)			
Varicela - Herpes Simple - Herpes Zoster		Acidez - Ulcera Estómago - Duodeno	
Coqueluche - Difteria		Enfermedades Hígado - Cólico biliar	
Hepatitis, Meningitis - Encefalitis		Hemorroides - Sangre en heces	
Paludismo - Fiebre Amarilla - Dengue		Cólico renal - Próstata - Orina sangre	
Fiebre Hemorrágica Argentina - Malaria		Infecciones renales - urinarias	
Parasitosis		Dolor de cuello - espalda - cintura	
Fiebre Reumática		Escoliosis - Artrosis - Artritis	
Brucelosis		Dolores articulares	
Tuberculosis		Hernia de Disco Lumbar - Cervical	
Chagas		Vértigo - Mareos - Pérdida equilibrio	
Sarampión - Rubéola - Escarlatina - Paperas		Convulsiones - Epilepsia - Desmayos	
Enfermedades Venéreas		Trauma craneo - Columna vertebral	
Conjuntivitis - Usa anteojos		Hernia Umbilical - Inguinal - Crural - Hiato	
Dolor - Zumbidos - Pérdida audición		Dermatitis - Eczemas - Soriasis	
Rinitis - Faringitis - Amigdalitis - Sinusitis		Cicatrices - Lunares - Caída pelo	
Caries - Parodontosis - Prótesis		Micosis - Forúnculos	
Enfermedades Lengua - Boca		Alteraciones coagulación sangre	
Tos matutina - nocturna + de 3 meses		Bazo - Transfusiones de sangre	
Expectoración mucosa - purulenta + 3 meses		Tiroides	
Bronquitis - Asma - Neumonía.		Obesidad - Colesterol aumentado	
Insuficiencia respiratoria - Falta aire		Ácido Úrico - Gota	
Hiper/hipo tensión arterial		Pérdida de peso - Anorexia	
Dolor de pecho - Palpitaciones		Ansiedad - Angustia - Depresión	
Edema en piernas y tobillos		Alteraciones sueño - Pesadillas	
Circulación venosa - Várices		Tumores Benignos - Malignos	

Afirmo que los datos laborales y de salud registrados son ciertos y veraces

Lugar y fecha:

Declaración Jurada N°

.....
Firma del interesado
Firmo como constancia de haber declarado la verdad.

DECLARACIÓN JURADA

¿Tuvo o tiene otra enfermedad o herida que no esté mencionada? ¿Cuál(es)?	
¿Estuvo internado/a alguna vez? Señale motivo, edad y causa	
¿Ha tenido accidente(s) / enfermedad(es) de trabajo? Especifique diagnóstico, edad, empresa, lugar de tratamiento	
¿Tiene o le han fijado Incapacidad Física o Mental? Describa motivo, porcentaje, quién otorga la licencia, lugar y fecha donde fue otorgada	
¿Ha tenido que abandonar algún empleo por razones de salud? Explique el motivo	
¿Ha realizado tratamientos prolongados? Motivo(s), edad, hospital	
¿Sus condiciones físicas actuales hacen que requiera algún trabajo especial? Indique el tipo	
¿Fuma/ba? ¿Qué fuma/ba? ¿Cuántas veces por día? ¿Hace cuántos años? ¿Hace cuántos años que NO fuma?	
¿Consume bebidas alcohólicas? ¿Cuáles? ¿Qué cantidad por día?	
¿Consume alguna droga o medicación en forma habitual u ocasional? ¿Cuál(es)?	
¿Toma café? ¿Cuántas veces por día?	
¿Toma mate en bombilla? ¿Cuántas veces por día?	

Antecedentes Ginecológicos y Obstétricos

Menarca		Menstruaciones (Ciclo Tipo)				
Fecha Última Menstruación		Embarazos		Partos		Cesáreas
Abortos		Fecha Último Papanicolau		Enfermedades de Mama		
Mamografías (Fechas)						

Afirmo que los datos laborales y de salud registrados son ciertos y veraces

Lugar y fecha:.....

Declaración Jurada N°

.....
Firma del interesado
Firmo como constancia de haber declarado la verdad.