

DECLARACIÓN JURADA CONDICIONES DE SALUD

DATOS PERSONALES

Apellidos: _____ Nombres: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo: F M No binario

Documento de Identidad: _____

Domicilio Real: _____ Localidad: _____

DATOS CLÍNICOS

Indicar peso: _____

Altura: _____

ALTERACIONES VISUALES

Miopía

Presión ocular

Astigmatismo

Otras

Indicar síntoma o patología: _____

ALTERACIONES AUDITIVAS

Zumbidos

Sordera

Otitis a repetición

Uso de audífonos

Disminución de la audición

Otras

Indicar síntoma o patología: _____

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Cirugías

¿Cuáles y cuándo?: _____

DECLARACIÓN JURADA CONDICIONES DE SALUD

HÁBITOS

- ¿Fumó? Fecha de inicio: ____ / ____ / ____ Fecha de cese: ____ / ____ / ____
- ¿Bebe? ¿Qué?: _____ ¿Cuántos vasos por día?: _____
Fecha de inicio: ____ / ____ / ____ Fecha de cese: ____ / ____ / ____
- ¿Consumo tranquilizantes u otros medicamentos?
¿Cuáles?: _____
Fecha de inicio: ____ / ____ / ____ Fecha de cese: ____ / ____ / ____

VACUNAS

- B.C.G. Hepatitis Antigripal CoViD Doble adulto
- Otras ¿Cuál/cuáles? _____

ANTECEDENTES METABÓLICOS (Marque lo que corresponda)

- Diabetes Colesterol alto
- Gota Fecha del último análisis de sangre: ____ / ____ / ____
- Enfermedades de tiroides

ANTECEDENTES CLÍNICOS (Marque lo que corresponda)

- Gastritis Infecciones urinarias a repetición
- Úlceras Hemorroides
- Afecciones de vesícula sin tratamiento quirúrgico Hernias
- Cálculos Eventraciones
- Hepatitis Apendicitis
- Pancreatitis Otras
- Enfermedades renales Indicar síntoma o patología: _____

DECLARACIÓN JURADA CONDICIONES DE SALUD

ANTECEDENTES CARDÍACOS (Marque lo que corresponda)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Palpitaciones | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho | <input type="checkbox"/> Cardiopatía congénita |
| <input type="checkbox"/> Presión alta Indique el mayor valor que ha tenido: _____ | <input type="checkbox"/> Marcapasos implantado |
| <input type="checkbox"/> Infartos | <input type="checkbox"/> Otras |
- Indicar síntoma o patología: _____
- _____

ANTECEDENTES RESPIRATORIOS (Marque lo que corresponda)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Broncoespasmos |
| <input type="checkbox"/> Asma bronquial | <input type="checkbox"/> Neumonías |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Otras |
| <input type="checkbox"/> E.P.O.C. | |
- Indicar síntoma o patología: _____
- _____

ANTECEDENTES APARATO LOCOMOTOR (Marque lo que corresponda)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Malformaciones | <input type="checkbox"/> Amputaciones |
| <input type="checkbox"/> Pérdidas de fuerza de 1 o más extremidades | <input type="checkbox"/> Uso de prótesis |
| <input type="checkbox"/> Hernia de disco | <input type="checkbox"/> Otras |
| <input type="checkbox"/> Desviaciones de columna | |
- Indicar síntoma o patología: _____
- _____

ANTECEDENTES NEUROLÓGICOS (Marque lo que corresponda)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cefálea | <input type="checkbox"/> A.C.V. isquémico o hemorrágico |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Parálisis |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Otras |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de conocimiento | |
- Indicar síntoma o patología: _____
- _____



DECLARACIÓN JURADA CONDICIONES DE SALUD

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS (Marque lo que corresponda)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ¿Se ha realizado control ginecológico en los últimos 2 años? | <input type="checkbox"/> ¿Ha tenido embarazos? |
| <input type="checkbox"/> ¿Tiene familiares directos con enfermedades oncoginecológicas? | <input type="checkbox"/> ¿Presentó presión alta durante algún embarazo? |
| <input type="checkbox"/> ¿Se ha realizado papanicolau en los últimos 2 años? | <input type="checkbox"/> ¿Presentó diabetes durante algún embarazo? |
| <input type="checkbox"/> ¿Se ha realizado mamografía en los últimos 2 años? | <input type="checkbox"/> ¿Presentó algún otro tipo de complicación? |

Indicar síntoma o patología:

ANTECEDENTES ANDROLÓGICOS (Marque lo que corresponda)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ¿Presenta dificultad al orinar? | <input type="checkbox"/> ¿Se ha realizado control de salud con especialista en urología en el último año? |
| <input type="checkbox"/> ¿Presenta dificultad para evacuar orina en forma completa? | <input type="checkbox"/> Otras |
| <input type="checkbox"/> ¿Se ha realizado control bioquímico de Parámetros Prostáticos en el último año? | |

Indicar síntoma o patología:

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD (Marque lo que corresponda)

- | | SI | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ¿Posee certificado de discapacidad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Posee certificado de discapacidad en trámite? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

En caso afirmativo detalle la patología por la que se ha expedido el certificado:

FECHA

FIRMA