



DECLARACIÓN JURADA DE ESTADO DE SALUD

1. Datos personales:

Matrícula N°: _____

- 1.1. Apellido y Nombres: _____
1.2. Sexo: _____ Edad: _____ Peso: _____ Talla o Estatura _____
1.3. Lugar y fecha de nacimiento: _____ / ____ / ____ Tipo y N° de documento: _____
1.4. Estado civil: _____ Nupcias: _____ Parentesco con el titular: _____
1.5. Composición del grupo familiar: _____
1.6. Domicilio actual: _____

2. Antecedentes hereditarios:

Enfermedades familiares: _____

3. Antecedentes personales:

3.1. Afecciones padecidas (especificar cuáles):

Cardiovascular Diabetes Neurológicas Osteoarticulares Psiquiátricas
Cardiocirculatorias Respiratorias Digestivas Odontológicas

Otras no especificadas: _____

3.2. ¿Se recomendaron intervenciones quirúrgicas? **SI / NO** ¿Cuál? _____

3.3. ¿Estuvo alguna vez internado **SI / NO** Especifique clínica/s y fecha/s _____

Motivo o diagnóstico de internación: _____

4. Estado actual:

4.1. Especificar tipo de afecciones padecidas en los últimos 6 meses, tratamiento médico u odontológico y medicación prescrita: _____

4.2. ¿Realizó estudios tales como ecografías, tomografías, resonancias magnéticas, etc.? **SI / NO**

4.3. ¿La visión es normal? **SI / NO** ¿La audición es normal? **SI / NO**

4.4. Enfermedad crónica: _____

4.5. Medicamentos habituales o permanentes: _____

4.6. ¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento o atención médica u odontológica? **SI / NO** ¿Desde cuándo? _____

Motivo: _____

4.7. ¿Quién lo está atendiendo profesionalmente? _____

M.P.: _____ Domicilio: _____

4.8. Si el proponente fuere de sexo femenino debe indicar aquí si ha sufrido alguna vez de enfermedades ginecológicas, si actualmente está embarazada, y cuántos embarazos ha tenido: _____

5. Antecedentes quirúrgicos y accidentes:

Especificar cuáles y fecha de los mismos: _____

6. Grado de incapacidad actual Por accidentes y otras causas (en caso de tenerlas):
