



DECLARACIÓN JURADA

Hábitos

Fuma? Si... No... Cuántos cigarrillos por día?..... Toma bebidas alcohólicas? Si...No...
 Cuáles?..... Cuánto por día?..... Consume drogas? Si...No...
 Cuáles?..... Consume psicotrópicos? Si...No... Cuáles?.....
 Observa alguna dieta? Si...No... Cuál?.....
 Toma medicamentos? Si...No... Cuáles?.....
 Practica algún deporte? Si...No... Cuáles?..... Cuántas veces por semana?.....

Antecedentes Laborales

Ha sido indemnizado por accidente laboral o enfermedad profesional? Si...No...
 Abandono algún trabajo por razones de salud? Si...No...
 Tiene pendiente juicio laboral? Si...No...
 Último trabajo: Puesto Desde..... Hasta.....
 Otros trabajos:

Antecedentes Familiares (Marque con x solo los datos positivos)

	Viven	Artritis	Asma	Cáncer	Diabetes	HTA	Enf. cardiovascular	Enf. renal	Enf. mental
Padre									
Madre									
Hermanos									
Esposa/o									
Hijos									

Operaciones (Marque con x solo los datos positivos)

Apéndice..... Vesícula biliar..... Hernias..... Cesárea..... Várices.....
 Hemorroides..... Fracturas..... Amígdalas..... Otras:.....
 Tuvo alguna secuela o complicación? Si... No... Cuál?.....

Marque con una x si tiene o ha tenido:

Padece alguna enfermedad	Desmayos	Dificultad para dormir
Palpitaciones	Convulsiones	Depresión
Dolor de pecho	Perdida de memoria	Irritabilidad
Presión alta	Dentadura en mal estado	Fracturas o luxaciones
Diabetes	Gastritis o acidez	Esguinces
Aumento del colesterol	Alergias	Hernias
Se le hinchan los pies	Constipación	Tendinitis
Le falta el aire	Diarrea frecuente	Dolor de espalda
Asma	Intolerancia alimentaria	Dolor de cintura
Tiene tos frecuente	Hepatitis	Ciática
Tosió con sangre alguna vez	Hemorroides	Articulaciones dolorosas
Sinusitis	Cálculos	Articulaciones hinchadas
Gripes frecuentes	Dificultad para orinar	Várices
Tuberculosis	Ha orinado sangre	Sordera
Dolor de cabeza frecuentes	Pérdida de peso	Disminución de visión
Mareos - Vértigos	Sudores nocturnos	Tumor o cáncer

Desea agregar o aclarar algo:.....

Por favor, tenga en cuenta que potenciales omisiones de patologías pondrían en riesgo a Ud y a terceros durante el desarrollo de sus tareas laborales.

Declaro que la información detallada es completa, verídica y tiene carácter de Declaración Jurada

Fecha:..... Apellido y Nombre:..... Firma:.....