

DECLARACIÓN JURADA DE ENFERMEDADES Y/O DOLENCIAS PRE-EXISTENTES

NOMBRE Y APELLIDO _____ AF. N° _____
LUGAR DE NACIMIENTO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

1 HA TENIDO ALGUNA VEZ:

1.1 ¿Una lesión o accidente grave? (Fecha, Médico, Tratamiento)

.....

1.2 ¿Una operación quirúrgica? (Fecha, Médico, Tratamiento)

.....

1.3 ¿Ha estado bajo observación en cualquier hospital o sanatorio para diagnóstico o tratamiento? (Fecha, Médico, Tratamiento)

.....

1.4 ¿Ha consultado un médico para su corazón? (Fecha, Médico, Tratamiento)

.....

1.5 ¿Es diabético? (Fecha, Médico, Tratamiento)

.....

1.6 ¿Conoce si padece alguna enfermedad crónica?

.....

2 ¿HA TENIDO ALGUNA VEZ O HA SIDO TRATADO POR UNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES O DISTURBIOS?

2.1 ¿Parálisis, convulsiones, síntomas nerviosos o mentales, mareos, desmayos, cefaleas, torpezas al hablar, parálisis o ataque cerebral, enfermedad de tipo mental o nerviosa?

.....

2.2 ¿Enfermedades del corazón, vasculares, de la sangre, dolor en el pecho, palpitaciones, hipertensión, fiebre reumática, soplo cardíaco, ataque cardíaco u otra enfermedad del sistema cardiovascular?

.....

2.3 ¿Apendicitis, úlcera en el estómago o en el duodeno, ictericia, cálculos hepáticos, disentería, enfermedad del recto, hemorragias intestinales, úlcera, hernia, colitis, diverticulitis, hemorroides, indigestión frecuente o cualquier otra enfermedad del estómago, intestinos, hígado o vesícula (cálculos hepáticos)?

.....

2.4 ¿Papera o cualquier disturbio glandular, diabetes, enfermedad de las tiroides u otras glándulas endocrinas?

.....

2.5 ¿Cualquier enfermedad o defecto de ojos, oídos, nariz o garganta? (sordera, glaucoma, cataratas, déficit visual) Informar graduación de patología

.....

2.6 ¿Presión arterial: normal, alta o baja?

.....

2.7 ¿Dificultad al respirar, ronquera o tos persistente, hemoptisis, bronquitis, pleuresía, asma, enfisema, tuberculosis, o enfermedad del sistema respiratorio crónica?

.....

2.8 ¿Cáncer o cualquier tumor?..... ¿Hay antecedentes familiares?.....

2.9 ¿Azúcar o albúmina en la orina, cólico del riñón, trastornos urinarios, sangre o pus en la orina, enfermedad venérea, piedra u otra enfermedad en los riñones, vejiga, próstata o aparato genital?

.....

DECLARACIÓN JURADA DE ENFERMEDADES Y/O DOLENCIAS PRE-EXISTENTES (continuación)

2.10 ¿Hernia, venas varicosas, enfermedad de la piel, de los huesos o de las articulaciones?

2.11 ¿Artritis, reumatismo, gota, cualquier enfermedad muscular u ósea?

2.12 ¿Está bajo tratamiento o tomando algún tipo de medicamentos?

☐ Sí ☐ No (Aclarar droga y dosis diaria)

2.13 ¿Alergia, enfermedad de la piel?

2.14 ¿Se ha hecho el control de sida?

3 ENFERMEDADES PSICOSOCIALES

3.1 ¿Bebe bebidas alcohólicas? SI – NO · ¿Cuánto / Día? · ¿Fue necesario realizar tratamiento?

3.2 ¿Ha consumido drogas? · ¿Fue necesario realizar tratamiento?

3.3 ¿Fuma? · ¿Cuántos cigarrillos diarios? · Año que comenzó:

PREGUNTAS ADICIONALES PARA MUJERES

¿Se encuentra embarazada?

¿Ha perdido un embarazo anormal?

En caso afirmativo, ¿ha tenido después un embarazo normal?

¿Tiene desórdenes menstruales o algún problema con su período?

PREGUNTAS ADICIONALES PARA HOMBRES

¿Ha tenido aplazamiento, rechazo o reducción del servicio militar por deficiencia física o mental?

¿Ha percibido alguna vez indemnizaciones por incapacidad o seguro por accidente?

DATOS COMPLEMENTARIOS

¿Tiene Ud. obra social? ¿Cuál?

Peso: _____ ¿Ha tenido algún cambio de peso en los últimos doce meses? Subió / Bajó _____ Kg.

Estatura: _____

Presión arterial — Máxima / Mínima: _____

Diga el nombre de cada médico que la ha tratado o que Ud. haya consultado por cualquier causa o padecimiento, importante o no.

DECLARACIÓN JURADA El que suscribe declara bajo juramento que la información que antecede es auténtica, y toma conocimiento de que cualquier falsedad, omisión o inexactitud en la misma, deliberada o no, invalida el acuerdo con la Caja de Previsión Social de los Profesionales de la Ingeniería de la Provincia de Santa Fe (2da. Circunscripción).