

DECLARACIÓN JURADA DEL POSTULANTE RESPECTO A LAS PATOLOGÍAS DE SU CONOCIMIENTO

Fecha:/...../.....

LA PRESENTE TIENE VALIDEZ COMO DECLARACIÓN JURADA

1) DATOS PERSONALES

Apellido y nombre: L.C/L.E/DNI N°:

Fecha de nacimiento:/...../..... Lugar de nacimiento:

Edad: Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐ Estado civil:

Domicilio actual:

Cargo propuesto:

Situación de revista: Titular ☐ Suplente ☐ Contratado ☐ Interino ☐ Transitorio ☐

Establecimiento: Antigüedad:

¿Se ha realizado el examen de aptitud psicofísica con anterioridad? Si ☐ No ☐ ¿Cuándo?

Estudios cursados					
	Completo	Incompleto	En curso	Título obtenido	Año graduación
Primario					
Secundario					
Terciario					
Universitario					
Otros					

2) REGISTRO DE HISTORIA PERSONAL Y LABORAL**A) _Historia laboral**

A1) _Puesto y trabajos anteriores

Año: Lugar:

Año: Lugar:

Año: Lugar:

A2) _¿Tuvo que abandonar algún empleo por razones de salud?

Si ☐ No ☐ Motivo:

A3) _¿Recibió o tiene pendiente una indemnización por accidente o enfermedad profesional?

Si ☐ No ☐ Motivo:

A4) _¿Le ha sido negado algún seguro de vida?

Si ☐ No ☐ Motivo:

B)_ Hábitos fisiológicos

- B1)_ ¿Posee un apetito normal? Si ☐ No ☐
- B2)_ ¿Realiza alguna dieta? Si ☐ No ☐ ¿Cuál?:
- B3)_ ¿Tiene sueño tranquilo? Si ☐ No ☐ Hs. de sueño:
- B4)_ ¿Tiene constipación? Si ☐ No ☐
- B5)_ ¿Realiza algún deporte? Si ☐ No ☐ ¿Cuál?:

C)_ Hábitos tóxicos

- C1)_ ¿Fuma? Si ☐ No ☐ ¿Desde cuándo?:
Cant. por día:
- C2)_ ¿Toma bebidas alcohólicas? Si ☐ No ☐ ¿Cuáles?:
¿Cuánto?:
¿Cuándo?:
- C3)_ ¿Consume drogas? Si ☐ No ☐ ¿Cuáles?:
- C4)_ ¿Se automedica? Si ☐ No ☐ Medicación:
Frecuencia:

D)_ Servicio militar obligatorio

Si ☐ No ☐ Causa de excepción:

E)_ Antecedentes gineco-obstétricos

- E1)_ Edad en que menstruó por primera vez (menarca):
- E2)_ Fecha de la última menstruación:/...../.....
- E3)_ ¿Su ciclo menstrual es regular? Si ☐ No ☐
- E4)_ ¿Tiene alteraciones menstruales? Si ☐ No ☐
- E5)_ ¿Embarazos? ¿Cuántos?: Parto normal:
Cesáreas: Abortos:
- E6)_ ¿Tiene o tuvo patologías mamarias? Si ☐ No ☐ ¿Cuáles?:
- E7)_ ¿Tiene antecedentes familiares de cáncer de mama? Si ☐ No ☐ Parentesco:

F)_ Antecedentes familiares

¿Tienen o han tenido sus parientes (considerar padre, madre, hermanos, hijos y cónyuge) algunas de las enfermedades que se nombran a continuación?

	Sí	No	¿Cuál?	¿Quién?
Enfermedades de los ojos y/o vista (glaucoma, queratocono, otras...)				
Enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial, várices, infartos, arritmias, otras...)				
Enfermedades respiratorias (asma, epoc, otras...)				
Enfermedades de hígado (cirrosis, cáncer de hígado, otras...)				

	Sí	No	¿Cuál?	¿Quién?
Enfermedad del aparato genitourinario (displasia mamaria, miomatosis, otras...)				
Enfermedades osteoarticulares (osteoporosis, hernias discales, artritis, otras...)				
Enfermedades musculares (atrofias, distrofias, otras...)				
Enfermedades neurológicas (epilepsia, ataxia, otras...)				
Enfermedades o trastornos psiquiátricos (depresión mayor, trastorno obsesivo compulsivo, otras...)				
Enfermedades endócrinas (diabetes, hipotiroidismo, otras...)				
Enfermedades autoinmunitarias (lupus, esclerosis múltiple, artritis reumatoidea, alergias, otras...)				
Enfermedades infectocontagiosas (TBC, virus gripe, hepatitis B o C, otras...)				
Enfermedades neoplásicas (tumor benigno o maligno)				
Otros				

¿Todos estos familiares viven? Sí ☐ No ☐

¿Quiénes fallecieron?.....Causa:.....Edad:

.....
.....

.....
.....

.....
.....

G)_ Antecedentes personales patológicos

¿Tiene o ha tenido algunas de las enfermedades que se nombran a continuación?

	Sí	No	¿Cuál?
Enfermedades de cabeza y cuello (nódulos en cuerdas vocales, hipoacusias, disfonías, sinusitis, otras...)			
Enfermedades de los ojos y/o vista (glaucoma, retinopatía, chalazión, otras...)			
Enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial, várices, infartos, arritmias, etc.)			
Enfermedades respiratorias (asma, EPOC, pneumonías, otras...)			
Enfermedades del aparato digestivo (gastritis, hemorroides, úlcera gástrica, otras...)			
Enfermedades de hígado (hepatitis, cirrosis, otras...)			
Enfermedad del aparato genitourinario (infecciones, cálculos, prostatismo, miomatosis, otras...)			

	Si	No	¿Cuál?
Enfermedades de transmisión sexual (sífilis, gonorrea, HIV, VPH, otras...)			
Enfermedades osteoarticulares (osteoporosis, hernias discales, artritis, otras...)			
Enfermedades musculares (atrofias, distrofias, otras...)			
Enfermedades neurológicas (epilepsias, ataxia, neuralgias, A.C.V, otras...)			
Enfermedades o trastornos psiquiátricos (ansiedad, depresión, trastorno obsesivo compulsivo, otras...)			
Enfermedades endócrinas (diabetes, hipotiroidismo, otras...)			
Enfermedades autoinmunitarias (lupus, esclerosis múltiple, artritis reumatoidea, alergias, otras...)			
Enfermedades infectocontagiosas (tuberculosis, virus gripe, otras...)			
Enfermedades de la piel (eccemas, quemaduras, retracciones, úlceras, otras...)			
Enfermedades neoplásicas (tumor benigno o maligno)			
Otros			

¿Tiene o ha tenido alguna vez?

	Sí	No	¿Cuál?
Disfonía			
Mareos o desmayos			
Convulsiones			
Dolores de cabeza			
Neuralgia o neuritis			
Depresión			
Supuración de oídos			
Zumbido de oído			
Disminución de la audición			
Resfríos frecuentes			
Tos crónica			
Sudores nocturnos			
Pérdida de peso			
Dolores en el pecho			

	Sí	No	¿Cuál?
Falta de aire			
Palpitaciones			
Acidez			
Dificultad p/ orinar			
Sangre en orina			
Dolor de articulaciones			
Dolores de columna			
Ciatalgia			
Fracturas			
Traumatismos			
Cirugías			
Internaciones			
Otros			

¿Toma o tomó alguna medicación? Si ☐ No ☐ ¿Cuál?

¿Estuvo internado? Si ☐ No ☐ ¿Por qué?.....

¿Ha tenido o tiene licencias médicas de largo tratamiento?

¿Realiza algún tipo de tratamiento para alguna patología? Si ☐ No ☐ ¿Cuál?

Firma y aclaración del postulante:..... DNI: