

Nombre y Apellido: Pepito Juancho Paez

Edad: 710 **Documento:** 40728688 **Fecha:** 2024-01-03

Tipo de Ficha: EX. LEY+CLS+AUDIO+PSICO+EEG

Tipo de Examen: ANUAL



Firma del postulante

Paez, Pepito Juancho

Aclaración

Consentimiento

Nombre y Apellido: Pepito Juancho Paez
Edad: 710 **Documento:** 40728688 **Fecha:** 2024-01-03
Tipo de Ficha: EX. LEY+CLS+AUDIO+PSICO+EEG
Tipo de Examen: ANUAL



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXAMENES DE LABORATORIO

POR LA PRESENTE AUTORIZO A LA EMPRESA REHABILITAR SAN JUAN S.R.L SE ME EFECTÚEN LOS SIGUIENTES ANALISIS DECLARANDO QUE SE ME EXPLICÓ CADA UNO DE ELLOS Y DOY MI CONCENTIMIENTO LIBREMENTE.

ACEPTO SE ME REALICEN PRUEBAS EN ORINA PARA DOSAJE DE SUSTANCIAS DE ADICCIÓN: MARIHUANA Y COCAINA.

APELLIDO Y NOMBRE: PAEZ, PEPITO JUANCHO

N° DE DOCUMENTO: 40728688

FECHA DE NACIMIENTO: 13/12/1313

LUGAR Y FECHA: SAN JUAN, 03 DE ENERO DE 2024

Firma del postulante

Paez, Pepito Juancho

Aclaración

Declaración Jurada

Nombre y Apellido: Pepito Juancho Paez
Edad: 710 **Documento:** 40728688 **Fecha:** 2024-01-03
Tipo de Ficha: EX. LEY+CLS+AUDIO+PSICO+EEG
Tipo de Examen: ANUAL



Antecedentes Personales

Acidéz o trastornos intestinales	✓	Alergia a drogas o medicamentos	✗	Articulaciones dolorosas	✓
Asma	✗	Azucar en sangre (diabetes)	✓	Brucelosis o fiebre de malta	✗
Cancer u otro tumor	✓	Confunde los colores	✗	Convulsiones	✓
Depresión o preocupación excesiva	✗	Dificultad en la visión	✓	Dificultad para orinar	✗
Dolor de espalda o cintura	✓	Dolor en el hombro	✗	Dolores de cabeza frecuentes	✓
Dolores en el pecho (precordialgia)	✗	Dolores en los pies o pie plano	✓	Dolores en rodillas	✗
Enfermedad de chagas	✓	Enfermedades de la piel	✗	Enfermedades por contacto sexual	✓
Falta de aire (disnea)	✗	Familiares con tuberculosis	✓	Fracturas o luxaciones	✗
Ha sido enyesado alguna vez	✓	Ha sido operado alguna vez	✗	Hemorroides	✓
Hernias	✗	Ictericia (derrame biliar)	✓	Indigestión frecuente	✗
Insomnio	✓	Intolerancia a alguna comida	✗	Mareos o desmayos	✓
Fuma	✗	Palpitaciones del corazón	✓	Perdida de memoria u olvidos frecuentes	✗
Perdida de peso reciente	✓	Pesadillas frecuentes	✗	Presión sanguínea alta	✓
Resfríos frecuentes	✗	Sangre en esputo	✓	Sangre en orina	✗
Sordera o disminución de la audición	✓	Sinusitis	✗	Sudores nocturnos	✓
Supuración de oídos	✗	Trastornos biliares o hepáticos	✓	Úlcera gástrica o duodenal	✗
Urticaria	✓	Várices	✗	Vómitos o acidéz	✓
Tiene indemnización pendiente	✗	Menstruaciones Dolorosas	✓	Flujo	✗
Tuvo que abandonar algún trabajo por razones de salud	✓	Recibió alguna indemnización por accidente de trabajo o enfermedad profesional	✗		

Declaro que la información suministrada es verídica.

Firma del paciente