

## DECLARACION JURADA DE SALUD

**POR FAVOR USAR LETRA DE IMPRENTA LEGIBLE.**

Apellidos y Nombres Completos: \_\_\_\_\_

Sexo: M F Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_

Documento de identidad: D.N.I. - CI- L.E

Estado Civil: S C V D E H

Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Provincia: MISIONES CP: \_\_\_\_\_ TE: \_\_\_\_\_

Peso (Kgrs.): \_\_\_\_\_ Estatura: (Mts.) \_\_\_\_\_ **FECHA ÚLTIMO EXAMEN** \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES FAMILIARES:

Su padre vive SI ☐ NO ☐ Su madre vive SI ☐ NO ☐

¿ Su padre o su madre padecen algunas de las siguientes afecciones ?

Cáncer SI ☐ NO ☐ Diabetes: SI ☐ NO ☐ Infarto SI ☐ NO ☐

Hipertensión Arterial: SI ☐ NO ☐

Si su padre o madre padecen alguna enfermedad actualmente

Mencione el diagnóstico: \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES PERSONALES:

Fuma: SI ☐ NO ☐ ¿En qué cantidad? \_\_\_\_\_

Bebe: SI ☐ NO ☐ ¿En qué cantidad? \_\_\_\_\_

Act. Física: SI ☐ NO ☐ ¿En qué cantidad? \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES MEDICOS DE LA INFANCIA:

¿Padeció alguna de las siguientes afecciones? Sarampión ☐ Rubéola ☐

Epilepsias ☐ Varicela ☐ Parotiditis ☐ Cefaleas prolongadas ☐

Hepatitis ☐ Gastritis ☐ Úlcera Gástrica ☐ Hemorroides ☐ Hemorragias ☐

Neumonía ☐ Asma ☐ Tuberculosis ☐ Tos Crónica ☐ Catarro ☐

**Otras Afecciones:** \_\_\_\_\_

### ¿ Ha tenido Ud. O ha sido tratado en los últimos años por:

Enfermedad de los ojos, oídos , nariz o garganta ?

SI ☐ NO ☐ ¿Cuáles?.....

Mareos, desmayos, convulsiones, dolores de cabeza, parálisis o ataques, desordenes mentales o nerviosos ?

SI ☐ NO ☐ ¿Cuáles?.....

Insuficiencia respiratoria, ronquera persistente, tos, asma, bronquitis, enfisema, tuberculosis o enfermedad respiratoria crónica ?

SI ☐ NO ☐ ¿Cuáles?.....

Dolor de pecho, palpitaciones, presión sanguínea, fiebre reumática, ataque al corazón u otra enfermedad del corazón o vasos sanguíneos ?

SI ☐ NO ☐ ¿Cuáles?.....

Ictericia, hemorragia intestinal, úlcera, colitis, diverticulosis, otras enfermedades del intestino, hígado o vesícula ?

SI ☐ NO ☐ ¿Cuáles?.....

Azúcar, sangre o pus en la orina, enfermedad del riñón, vejiga o próstata ?

SI ☐ NO ☐ ¿Cuáles?.....

Diabetes, Tiroides u otra enfermedad endócrinas?

SI ☐ NO ☐ ¿Cuáles?.....  
 Gota, Afecciones musculares u óseas, incluidos columna, espalda o articulaciones ?  
 SI ☐ NO ☐ ¿Cuáles?.....  
 Deformidades, rengueras o amputaciones ?  
 SI ☐ NO ☐ ¿Cuáles?.....  
 Enfermedades de la piel ?  
 SI ☐ NO ☐ ¿Cuáles?.....  
 Alergias, anemias u otras enfermedades de la sangre ?  
 SI ☐ NO ☐ ¿Cuáles?.....  
 Está Ud. Actualmente bajo observación o tratamiento ?  
 SI ☐ NO ☐ ¿Cuáles?.....  
 Ha tenido algún cambio en su peso en el último año ?  
 SI ☐ NO ☐ ¿Cuánto?.....  
 HERNIA SI----- NO ----- ¿Tipo?-----

**ANTECEDENTES QUIRURGICOS:**

¿Fue intervenido/a quirúrgicamente por alguna causa ?  
 ¿Tiene pendiente alguna cirugía?

Por favor detallar Diagnóstico y fecha:

¿Padece alguna otra enfermedad no  
 especificada en el interrogatorio anterior? SI ☐ NO ☐

¿Cuál?

Por la presente declaro bajo juramento que los datos de la presente declaración, de mi puño y letra, son reales y corresponden a mi Historia Clínica Personal.

Lugar y Fecha Puerto Rico: / /

Firma y Aclaración  
 Del Examinado

Firma y Sello  
 Médico