

Cabecera 1
Cabecera 2
Cabecera 3
Cabecera 4



18092366

Ref.1809 - 001

DECLARACION JURADA

CONTESTE LAS PREGUNTAS DE ESTE FORMULARIO MARCANDO LAS CASILLAS SEGÚN CORRESPONDA:

¿SE HA PRESENTADO A EVALUACION DE INGRESO EN ALGUNA OTRA OPORTUNIDAD? ¿EN QUE AÑO?

¿HAY ANTECEDENTES EN SU FAMILIA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?

<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Alcoholismo
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Retardo mental	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Enf.cardíaca
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Crisis depresivas	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Malformaciones

¿HA SUFRIDO O SUFRE USTED ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?

<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Alcoholismo
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Retardo mental	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Enf.cardíaca
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Crisis depresivas	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Malformaciones
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Asma
<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Otro (indicar abajo)
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Tuberculosis	
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Asma	
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes	
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Tuberculosis	
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Asma	
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes	
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Tuberculosis	

¿TIENE TATUAJE/S? N ¿Dónde? BRAZO

¿FUE INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE ALGUNA VEZ? ¿CUANDO? 2012

¿ESTÁ O ESTUVO EN TRATAMIENTO PSICOLÓGICO?

¿ESTUVO INTERNADO POR ALGUNA ENFERMEDAD? ¿CUANDO?

¿TOMA ALGÚN TIPO DE MEDICACIÓN? ¿CUÁL?

¿POSEE ALGÚN HÁBITO ALIMENTICIO DE TIPO VEGETARIANO, VEGANO, ETC?

¿CUÁL?

¿CANTIDAD DE DOSIS DE VACUNAS DE COVID 1 2 4 5 6

FECHA ULTIMA DOSIS APlicada: 2024 2023 2022 2021

Cabecera 1
Cabecera 2
Cabecera 3
Cabecera 4



DECLARACION JURADA

CONTESTE LAS PREGUNTAS DE ESTE FORMULARIO MARCANDO LAS CASILLAS SEGÚN CORRESPONDA:

N ¿SE HA PRESENTADO A EVALUACION DE INGRESO EN ALGUNA OTRA OPORTUNIDAD? ¿EN QUE AÑO? **2023**

¿HAY ANTECEDENTES EN SU FAMILIA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?

<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Alcoholismo
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Retardo mental	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Enf.cardíaca
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Crisis depresivas	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Malformaciones

¿HA SUFRIDO O SUFRE USTED ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?

<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Alcoholismo
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Retardo mental	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Enf.cardíaca
<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Crisis depresivas	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Malformaciones
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes
<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Otro (indicar abajo)
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Tuberculosis	
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Asma	
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes	
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Tuberculosis	
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Asma	
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes	
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Tuberculosis	

¿TIENE TATUAJE/S? ¿Dónde?.....

¿FUE INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE ALGUNA VEZ? ¿CUANDO?

¿ESTÁ O ESTUVO EN TRATAMIENTO PSICOLÓGICO?

¿ESTUVO INTERNADO POR ALGUNA ENFERMEDAD? ¿CUANDO?

¿TOMA ALGÚN TIPO DE MEDICACIÓN? ¿CUÁL?

¿POSEE ALGÚN HÁBITO ALIMENTICIO DE TIPO VEGETARIANO, VEGANO, ETC?

¿CUÁL?

¿CANTIDAD DE DOSIS DE VACUNAS DE COVID 1 3 4 5 6

FECHA ULTIMA DOSIS APLICADA: 2024 2023 2022 2021

Cabecera 1
Cabecera 2
Cabecera 3
Cabecera 4



DECLARACION JURADA

CONTESTE LAS PREGUNTAS DE ESTE FORMULARIO MARCANDO LAS CASILLAS SEGÚN CORRESPONDA:

¿SE HA PRESENTADO A EVALUACION DE INGRESO EN ALGUNA OTRA OPORTUNIDAD? ¿EN QUE AÑO?

¿HAY ANTECEDENTES EN SU FAMILIA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?

<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Alcoholismo
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Retardo mental	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Enf.cardíaca
<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Crisis depresivas	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Malformaciones

¿HA SUFRIDO O SUFRE USTED ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?

<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Epilepsia	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alcoholismo
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Retardo mental	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Enf.cardíaca
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Asma	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Crisis depresivas	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Malformaciones
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Otro (indicar abajo)
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Tuberculosis	
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Asma	
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes	
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Tuberculosis	
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Asma	
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes	
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Tuberculosis	

¿TIENE TATUAJE/S? N ¿Dónde?..... *Mano*

¿FUE INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE ALGUNA VEZ? N ¿CUANDO?

¿ESTÁ O ESTUVO EN TRATAMIENTO PSICOLÓGICO?

¿ESTUVO INTERNADO POR ALGUNA ENFERMEDAD? N ¿CUANDO?

¿TOMA ALGÚN TIPO DE MEDICACIÓN? ¿CUÁL?

¿POSEE ALGÚN HÁBITO ALIMENTICIO DE TIPO VEGETARIANO, VEGANO, ETC?

¿CUÁL?

¿CANTIDAD DE DOSIS DE VACUNAS DE COVID 1 3 4 5 6

FECHA ULTIMA DOSIS APLICADA: 2024 2023 2022 2021



DECLARACION JURADA

CONTESTE LAS PREGUNTAS DE ESTE FORMULARIO MARCANDO LAS CASILLAS SEGÚN CORRESPONDA:

N ¿SE HA PRESENTADO A EVALUACION DE INGRESO EN ALGUNA OTRA OPORTUNIDAD? ¿EN QUE AÑO? *2022*

¿HAY ANTECEDENTES EN SU FAMILIA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?

<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> Alcoholismo
<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> Retardo mental	<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> Enf.cardíaca
<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> Crisis depresivas	<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> Malformaciones

¿HA SUFRIDO O SUFRE USTED ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?

<input checked="" type="checkbox"/> S N Diabetes	<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> Alcoholismo
<input checked="" type="checkbox"/> S N Tuberculosis	<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> Retardo mental	<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> Enf.cardíaca
<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> Crisis depresivas	<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> Malformaciones
<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> Otro (indicar abajo)
<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> Tuberculosis	
<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> Asma	
<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes	
<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> Tuberculosis	
<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> Asma	
<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes	
<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> Tuberculosis	

¿TIENE TATUAJE/S? ¿Dónde?.....

¿FUE INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE ALGUNA VEZ? ¿CUANDO?

¿ESTÁ O ESTUVO EN TRATAMIENTO PSICOLÓGICO?

¿ESTUVO INTERNADO POR ALGUNA ENFERMEDAD? ¿CUANDO?

¿TOMA ALGÚN TIPO DE MEDICACIÓN? ¿CUÁL?

¿POSEE ALGÚN HÁBITO ALIMENTICIO DE TIPO VEGETARIANO, VEGANO, ETC?

¿CUÁL?

¿CANTIDAD DE DOSIS DE VACUNAS DE COVID 1 2 4 5 6

FECHA ULTIMA DOSIS APLICADA: 2024 2023 2022 2021

Cabecera 1
Cabecera 2
Cabecera 3
Cabecera 4

18092338

Ref.1809 - 001



DECLARACION JURADA

CONTESTE LAS PREGUNTAS DE ESTE FORMULARIO MARCANDO LAS CASILLAS SEGÚN CORRESPONDA:



¿SE HA PRESENTADO A EVALUACION DE INGRESO EN ALGUNA OTRA OPORTUNIDAD? ¿EN QUE AÑO? 2021

¿HAY ANTECEDENTES EN SU FAMILIA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Diabetes	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alcoholismo
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Retardo mental	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enf.cardíaca
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aasma	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Crisis depresivas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Malformaciones

¿HA SUFRIDO O SUFRE USTED ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alcoholismo
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Retardo mental	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enf.cardíaca
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aasma	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Crisis depresivas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Malformaciones
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aasma	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aasma	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro (indicar abajo)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aasma	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aasma	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

¿TIENE TATUAJE/S? ¿Dónde?.....

¿FUE INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE ALGUNA VEZ? ¿CUANDO?

¿ESTÁ O ESTUVO EN TRATAMIENTO PSICOLÓGICO?

¿ESTUVO INTERNADO POR ALGUNA ENFERMEDAD? ¿CUANDO?

¿TOMA ALGÚN TIPO DE MEDICACIÓN? ¿CUÁL?

¿POSEE ALGÚN HÁBITO ALIMENTICIO DE TIPO VEGETARIANO, VEGANO, ETC?

¿CUÁL?

¿CANTIDAD DE DOSIS DE VACUNAS DE COVID 1 2 3 5 6

FECHA ULTIMA DOSIS APLICADA: 2024 2023 2022 2021

DECLARACION JURADA

CONTESTE LAS PREGUNTAS DE ESTE FORMULARIO MARCANDO LAS CASILLAS SEGÚN CORRESPONDA:

S N ¿SE HA PRESENTADO A EVALUACION DE INGRESO EN ALGUNA OTRA OPORTUNIDAD? ¿EN QUE AÑO?

¿HAY ANTECEDENTES EN SU FAMILIA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?

<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Diabetes	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Epilepsia	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Alcoholismo
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Tuberculosis	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Retardo mental	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Enf.cardíaca
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Asma	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Crisis depresivas	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Malformaciones

¿HA SUFRIDO O SUFRE USTED ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?

<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Diabetes	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Epilepsia	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Alcoholismo
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Tuberculosis	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Retardo mental	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Enf.cardíaca
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Asma	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Crisis depresivas	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Malformaciones
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Diabetes	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Asma	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Asma
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Tuberculosis	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Diabetes	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Diabetes
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Asma	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Tuberculosis	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Tuberculosis
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Diabetes	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Asma	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Asma
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Tuberculosis	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Diabetes	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Diabetes
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Asma	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Tuberculosis	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Tuberculosis
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Diabetes	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Asma	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Otro (indicar abajo)
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Tuberculosis	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Diabetes
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Asma	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Tuberculosis	
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Diabetes	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Asma	
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Tuberculosis	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Diabetes	
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Asma	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Tuberculosis	

¿TIENE TATUAJE/S? S N ¿Dónde?.....

¿FUE INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE ALGUNA VEZ? S N ¿CUANDO?

¿ESTÁ O ESTUVO EN TRATAMIENTO PSICOLÓGICO? S N

¿ESTUVO INTERNADO POR ALGUNA ENFERMEDAD? S N ¿CUANDO?

¿TOMA ALGÚN TIPO DE MEDICACIÓN? S N ¿CUÁL?

¿POSEE ALGÚN HÁBITO ALIMENTICIO DE TIPO VEGETARIANO, VEGANO, ETC? S N

¿CUÁL?

¿CANTIDAD DE DOSIS DE VACUNAS DE COVID 1 2 3 4 5 6

FECHA ULTIMA DOSIS APLICADA: 2024 2023 2022 2021