

DECLARACIÓN JURADA

SECRETO MÉDICO

Datos de la Empresa

Razón Social:	
CUIT: - -	Contrato N°
Dirección	
Código Postal:	Localidad:
Teléfono:	Fax:

Datos del trabajador

A) Generales

Apellido:		Nombres:	
Fecha de nacimiento:		Lugar:	Nacionalidad:
Estado civil:		Número de hijos:	
Instrucción:			
Número de Documento:		Tipo:	CUIL: - -
Domicilio:	Número:	Piso:	Dpto:
Localidad:	C.P.:	Provincia:	Tel:

B) Laborales

Puesto de trabajo:
Antigüedad:
Trabajos anteriores:
1).....
2).....
3).....

C) Personales

Marque con una [X] en el casillero que corresponda

	Sí	No	Si la respuesta es Sí explique el motivo
Tuvo que abandonar algún empleo por razones de salud?	[]	[]	
Recibió o tiene pendiente una indemnización por accidentes de trabajo o enfermedad profesional?	[]	[]	
Ha sido exceptuado del Servicio Militar?	[]	[]	
Le ha sido negado alguna vez un seguro de vida?	[]	[]	

D) Hábitos

Marque con una [X] en el casillero que corresponda

	Sí	No	
Fuma?	[]	[]	Cuántos por día?
Toma bebidas alcohólicas?	[]	[]	Cuáles y cuánto por día?
Tiene sueño intranquilo?	[]	[]	Cuántas horas duerme por día?
Hace alguna dieta?	[]	[]	Cuál?
Practica deportes?	[]	[]	Cuáles?
Tiene otras aficiones o pasatiempos?	[]	[]	Cuáles?

E) Historia Familiar: Tienen o han tenido sus familiares algunas de las enfermedades que se enumeran a continuación? En caso afirmativo marque con una [X] el casillero que corresponda

	Enfermedad										Fallecidos		
	Artritis / Reumatismo	Asma / Fiebre de Heno	Cáncer	Diabetes	Enfermedades Cardíacas	Hipertensión	Enfermedad Renal	Úlcera de estómago o duodeno	Tuberculosis	Enfermedades mentales	Vivos	Indique la causa	Edad al fallecer
Padre													
Madre													
Hermanos													
Hermanas													
Hijos													

F) Antecedentes de salud

Marque con una [X] el casillero que corresponda. En caso afirmativo aclare

	Antecedentes de salud	Sí	No	Aclaración
1.	Tomó o toma medicamentos a menudo?	Sí []	No []	
2.	Perdió peso recientemente?	Sí []	No []	
3.	Necesita anteojos para ver de cerca?	Sí []	No []	
4.	Necesita anteojos para ver de lejos?	Sí []	No []	
5.	Se resfría a menudo?	Sí []	No []	
6.	Le ha sangrado abundantemente la nariz?	Sí []	No []	
7.	Sufre o ha sufrido sinusitis?	Sí []	No []	
8.	Tiene dificultad o disminución auditiva?	Sí []	No []	
9.	Escucha ruidos en los oídos?	Sí []	No []	
10.	Sufre o ha sufrido infecciones en los oídos?	Sí []	No []	
11.	Es portador de alguna enfermedad viral?	Sí []	No []	
12.	Es portador de alguna enfermedad infecciosa?	Sí []	No []	
13.	Tiene o ha tenido palpitaciones?	Sí []	No []	
14.	Tiene o ha tenido alguna enfermedad cardíaca?	Sí []	No []	

15.	Tiene sudor nocturno?	Sí []	No []	
16.	Se le hinchan con frecuencia los pies?	Sí []	No []	
17.	Sufre o ha sufrido dolores en el pecho?	Sí []	No []	
18.	Ha sufrido un infarto de miocardio?	Sí []	No []	
19.	Tiene presión arterial alta?	Sí []	No []	
20.	Tiene alergia a medicamentos? En caso afirmativo aclare a cuáles.	Sí []	No []	
21.	Tiene alergia en la piel?	Sí []	No []	
22.	Tiene alergia en los ojos?	Sí []	No []	
23.	Sufre o ha sufrido asma bronquial? Tiene alergia en los bronquios?	Sí []	No []	
24.	Tiene urticaria?	Sí []	No []	
25.	Sufre malestares de estómago?	Sí []	No []	
26.	Tiene o ha tenido acidez o ardor en el estómago?	Sí []	No []	
27.	Sufre o ha sufrido úlcera gástrica o duodenal?	Sí []	No []	
28.	Le han realizado estudios del estómago o del intestino?	Sí []	No []	
29.	Sufre o ha sufrido vómitos frecuentes?	Sí []	No []	
30.	Sufre o ha sufrido diarrea frecuentemente?	Sí []	No []	
31.	Evacua el intestino diariamente?	Sí []	No []	
32.	Tiene hemorroides?	Sí []	No []	
33.	Tiene o ha tenido parásitos intestinales?	Sí []	No []	
34.	Sufre o ha sufrido alguna enfermedad hepática?	Sí []	No []	
35.	Tose a menudo?	Sí []	No []	
36.	Ha escupido sangre al toser?	Sí []	No []	
37.	Ha sentido falta de aire?	Sí []	No []	
38.	Sufre una enfermedad pulmonar crónica?	Sí []	No []	
39.	Vivió con alguna persona con tuberculosis?	Sí []	No []	
40.	Ha sufrido tuberculosis?	Sí []	No []	
41.	Ha sufrido algún tipo de cáncer o tumor?	Sí []	No []	
42.	Tiene o ha tenido várices o flebitis?	Sí []	No []	
43.	Sufre o ha sufrido dolores en los huesos ó articulaciones?	Sí []	No []	
44.	Tiene ó ha tenido articulaciones hinchadas?	Sí []	No []	
45.	Sufre ó ha sufrido dolores de hombros?	Sí []	No []	
46.	Sufre ó ha sufrido dolores de espalda?	Sí []	No []	
47.	Sufre ó ha sufrido dolores de rodillas?	Sí []	No []	
48.	Sufre ó ha sufrido dolores en los brazos?	Sí []	No []	
49.	Sufre ó ha sufrido dolores en los pies?	Sí []	No []	
50.	Ha sufrido fracturas ó luxaciones?	Sí []	No []	
51.	Sufre ó ha sufrido dolores de cabeza frecuentes?	Sí []	No []	
52.	Se desmaya con facilidad?	Sí []	No []	
53.	Siente frecuentes mareos?	Sí []	No []	
54.	Ha sufrido un traumatismo de cráneo?	Sí []	No []	
55.	Sufre ó ha sufrido hormigueos ó falta de sensibilidad?	Sí []	No []	
56.	Sufre o ha sufrido convulsiones o epilepsia?	Sí []	No []	
57.	Sufre ó ha sufrido épocas de nerviosismo excesivo?	Sí []	No []	
58.	Tiene pesadillas frecuentes?	Sí []	No []	
59.	Tiene pérdida de memoria?	Sí []	No []	
60.	Vive ó ha vivido épocas en que sufre miedos?	Sí []	No []	

61.	Tiene ó ha tenido insomnio?	Sí []	No []	
62.	Tiene ó ha tenido irritabilidad?	Sí []	No []	
63.	Sufre ó ha sufrido depresión?	Sí []	No []	
64.	Está ó ha estado bajo tratamiento psiquiátrico ó psicológico?	Sí []	No []	
65.	Tiene ó ha tenido hernias?	Sí []	No []	
66.	Tiene ó ha tenido enfermedades de la sangre?	Sí []	No []	
67.	Tiene diabetes?	Sí []	No []	
68.	Sufre ó ha sufrido enfermedades de la tiroides? Sufre o ha sufrido Bocio?	Sí []	No []	
69.	Ha sufrido accidentes graves? En caso afirmativo aclare las lesiones sufridas.	Sí []	No []	
70.	Tuvo fiebre reumática u otro reumatismo?	Sí []	No []	
71.	Tuvo escarlatina?	Sí []	No []	
72.	Tuvo amigdalitis?	Sí []	No []	
73.	Orinó alguna vez con sangre?	Sí []	No []	
74.	Sufre ó ha sufrido infecciones urinarias?	Sí []	No []	
75.	Ha sufrido enfermedades venéreas? (sífilis, blenorragia)	Sí []	No []	
76.	Ha sufrido brucelosis?	Sí []	No []	
77.	Ha sufrido paludismo?	Sí []	No []	
78.	Le han diagnosticado hernia?	Sí []	No []	
79.	Ha sido operado de:			Indicar el año:
	-Amígdalas	Sí []	No []	[]
	-Apéndice	Sí []	No []	[]
	-Hernia	Sí []	No []	[]
	-Hemorroides	Sí []	No []	[]
	-Várices	Sí []	No []	[]
	-Mama	Sí []	No []	[]
	-Tiroides	Sí []	No []	[]
	-Otras operaciones	Sí []	No []	[] Cuáles?: →
80.	(Para mujeres) Antecedentes ginecológicos:			
	-Edad de la menarca:	[]	años	
	-Nro de partos normales:	[]		
	-Nro de partos distócicos:	[]		
	-Nro de cesáreas:	[]		
	-Fecha de última menstruación:	[]		
	-Controles periódicos:	Sí []	No []	

Declaro que la información suministrada es completa y verídica.

Lugar y fecha

Firma del interesado

