

**Declaración Jurada de Salud**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Datos Particulares** |  |  |
| Apellido y Nombre: |  |  |
| Domicilio: | Estado Civil: |  |
|  | Tel: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **¿Está afiliado a algún seguro médico u Obra Social?** |  |  |
| ¿Cuál? Nº Carnet: |  | Nº a Llamar: |
|  |  |

Por favor complete los datos requeridos en esta ficha médica.

Estos antecedentes son necesarios para una mejor atención en caso de emergencia.



**Ficha**

**Médica**

Recibe

medicación

permanece:

SI

/

NO.

Si

respondió

SI,

especifique:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Completar con una CRUZ si padece o no las siguientes afecciones/problemas de salud/ enfermedades.** | | | |
|  | **SÍ** | **NO** | **Si respondió SÍ, especifique** |
| **DIFICULTADES RESPIRATORIAS** |  |  |  |
| \*Asma, crisis asmáticas |  |  |  |
| \*Otras: |  |  |  |
| **DIFICULTADES NEUROLÓGICAS** |  |  |  |
| \*Convulsiones, epilepsia |  |  |  |
| \*Otras: |  |  |  |



|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **SÍ** | **NO** | **Si respondió SÍ, especifique** |
| **DIFICULTADES CARDIOVASCULARES** | |  |  |  |
| \*Soplos, arritmias, cardiopatía congénita | |  |  |  |
| \*Otras: | |  |  |  |
| **DIFICULTADES VISUALES, MOTORAS Y/0 AUDITIVAS** | |  |  |  |
| **TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA** | |  |  |  |
| \*Bulimia, anorexia | |  |  |  |
| \*Otros: | |  |  |  |
| **TRASTORNOS DEL SUEÑO** | |  |  |  |
| \*Insomnio, sonambulismo, terrores nocturnos | |  |  |  |
| \*Otros: | |  |  |  |
| **TRASTORNOS DEL APARATO DIGESTIVO** | |  |  |  |
| \*Celiaquía, alteraciones digestivas | |  |  |  |
| \*Otros: | |  |  |  |
| **ALERGIAS** | |  |  |  |
| \*Respiratorias, dermatológicas, etc | |  |  |  |
| \*Otros: | |  |  |  |
| **DIFICULTADES OSTEOARTICULARES** | |  |  |  |
| \*Desviaciones de columna, pies u otros huesos | |  |  |  |
| \*Traumatismos | |  |  |  |
| \*Otros: | |  |  |  |
| **ENFERMEDADES METABÓLICAS** | |  |  |  |
| \*Diabetes, Gota, Obesidad, Bajo peso | |  |  |  |
| \*Otras: | |  |  |  |
| **TRASTORNOS RELACIONADOS CON**  **EL ÁREA DE SALUD MENTAL** | |  |  |  |
| **CIRUGÍAS PREVIAS** | |  |  |  |
| Otras afecciones/enfermedades/ problemas de salud | |  |  |  |
| Declaro que los datos consignados en la presente ficha médica tienen carácter de declaración jurada y se ajustan a la realidad, me comprometo a mantenerlos actualizados en caso de variar alguno de ellos | | | | |
| Fecha: / / | FIRMA Y ACLARACIÓN: | | | |