

**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:  |