

DECLARACIÓN JURADA DEL USUARIO - SOLICITANTE

LOS DATOS A CONTINUACIÓN DEBEN LLENARSE POR EL INTERESADO Y TIENEN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA.
EL OCULTAR INFORMACIÓN Y/O PROBLEMAS DE SALUD PUEDE GENERAR CONSECUENCIAS MÉDICO-LEGALES.

A)- Actividad a desarrollar: Estudios-Consulado-Matrícula-Laboral: _____
(Tachar los que no correspondan e indicar el estudio, matrícula o trabajo a realizar)

DATOS PERSONALES (Complete en letra imprenta)

Nombres y Apellidos:		Hijos:	
CUIL: - -	Fecha Nac: / /	Edad:	
Domicilio:		Localidad:	
Provincia:		Nacionalidad:	
E-mail:		Teléfono:	
Donde será presentado el Certificado:			

B)-RESPONDER SÓLO "SI" O "NO" SEGÚN CORRESPONDA (Problemas actuales o pasados)

Diabetes Mellitus		Dislipidemia		Cefaleas/temblores	
Hipertensión Arterial		Hernias o eventraciones		Problemas visuales	
Asma/Alergias		Problemas digestivos		Desmayos	
Hipotiroidismo		Várices		Tos crónica	
Enfermedades Pulmonares/Bronquiales		Problemas Ginecológicos		Palpitaciones	
Fiebre reumática		Alcoholismo		Lumbalgia	
Chagas		Epilepsia		Problemas de Oído/vértigo	
Problemas prostáticos o testiculares		Hemorroides		Tuberculosis	
Anemia o alteraciones de la sangre		Hernia de disco (columna)		Cólicos renales	
Escoliosis		Enf. Autoinmunes		Enfermedad del corazón	
Cáncer		Sobrepeso/Obesidad		Cólicos hepáticos/hepatitis	
Infección Urinaria a repetición		Depresión/ansiedad		Consumo drogas recreativas	

Si UD. toma medicación permanente indique cuál o cuáles:

--

Si UD. tiene o ha tenido problemas odontológicos (caries, raíces, tumores, etc.) indique cuál o cuáles y si está o estuvo en tratamiento mencione cuál (intervenciones, medicaciones, etc.)

--

Si UD. ha tenido cirugías o internaciones indique cuál o cuáles, la fecha de la/s misma/s y si han quedado secuelas

--

C)-ANTECEDENTES FAMILIARES: Refiera enfermedades que padezcan o hayan padecido: padres, hijos, hermanos.

--

FIRMA	FECHA
-------	-------