

CONFIDENCIAL

“SECRETO MÉDICO”
 (RAG-6 –2013-Párrafo 345. inciso 12°)

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

El presente documento deberá ser completado y entregado en oportunidad de realizarse la inscripción, en forma manuscrita, firmada y aclarada por el interesado, en sobre cerrado. Teniendo en cuenta que al cierre del mismo se cruzará la firma, aclaración y N° de D.N.I del candidato (sobre solapa superior) y pegando encima de dicho cierre y en toda su extensión, cinta adhesiva celulósica transparente.

Este documento se suscribe en el estricto marco de la incorporación del firmante y reviste carácter de DECLARACIÓN JURADA, por lo que todo ocultamiento o falsa información será encuadrado dentro de lo establecido en el Art. 293 del Código Penal.

DATOS PERSONALES:

FECHA:		
APELLIDO Y NOMBRE:		
FECHA DE NACIMIENTO:		
EDAD:	PESO:	TALLA:
LUGAR DE NACIMIENTO:		NACIONALIDAD:
DNI:		
DOMICILIO:		LOCALIDAD:
PROVINCIA:		CÓDIGO POSTAL:
TELÉFONO PARTICULAR:		TELÉFONO CELULAR:
CORREO ELECTRÓNICO:		

FUNDAMENTOS

La presente Declaración Jurada es complementaria al examen médico de ingreso, que tiene como propósito asegurar que el Candidato reúna las condiciones psicofísicas que requerirá como Aspirante, sirviendo para evitarle tareas que pudiesen causarle perjuicios para su salud y no sean acordes con su aptitud.

En aquellos casos en que se requiera de cirugía para corregir una patología, deberá asegurarse que al momento de la presentación al examen médico de selección, haya sido dado de alta médica y no presente impedimentos para el desarrollo de todas las actividades de la vida militar, debiendo estar documentado por certificación del medico tratante.

Marque con una cruz en el casillero que corresponda	SÍ	NO	OBSERVACIONES
¿Tuvo que abandonar algún empleo por razones de salud?			
Toma algún tipo de medicación? Cuál/es? Indique el motivo			
¿Recibió o tiene pendiente alguna indemnización por accidente o enfermedad laboral?			
¿Tiene seguro de vida?			Donde:

¿Le ha sido negado en alguna oportunidad una solicitud de seguro de vida?			Donde:
¿Fuma? Explicitar cuántos por día.			
¿Ingiere bebidas alcohólicas? ¿Cuál y en qué cantidad?			
¿Consumió o consume algún tipo de droga? En caso afirmativo, detalle el nombre, grado de consumo de la misma, si asistió a un Centro de Rehabilitación y todo otro dato de interés.			
¿Tiene alteraciones del sueño? ¿Cuántas horas duerme por día?			
¿Realiza alguna dieta en particular? ¿Cuál? Indique la causa por la que realiza dicha dieta.			
¿Practica deportes? ¿Cuál/cuáles?			
Intentó ingresar o estuvo incorporado en las FF.AA o FF.SS? Describa cuál y causa de baja.			

TIENE O HA TENIDO ALGUNA VEZ (Marcar con una cruz “X”)

ENFERMEDAD	SÍ	NO	ENFERMEDAD	SÍ	NO	ENFERMEDAD	SÍ	NO
1-Nerviosismo o Angustia frecuente.			37- Alteraciones de la voz.			72- Acidez/ gastritis: Realizo tratamiento.		
2-Cambios repentinos del humor.			38- Disfonía.			73- Ulcera gástrica.		
3-Crisis de pánico.			39- Amigdalitis a repetición.			74- Vomito de sangre.		
4-Insomnio / falta de sueño.			40- Sinusitis: ¿Recibió tratamiento?			75- Sangre en materia fecal.		
5-Pesadillas			41- Rinitis alérgica.			76- Diarreas frecuentes.		
6-Anorexia/Bulimia.			42- Resfriados a repetición			77- Ictericia.		
7-Depresión.			43- Supuración de oídos.			78- Enfermedades duodenales.		
8-Mareos o desmayos.			44- Sordera o disminución de la audición.			79- Colon irritable.		
9- Perdida de memoria.			45- Vértigos o mareos.			80- Cálculos vesicales.		
10- Períodos de Ausencia.			46- zumbidos de oídos.			81- Hernias.		
11- Dolores de cabeza/ cefaleas frecuentes.			47- Dentadura en mal estado.			82- Cambios en el hábito intestinal.		
12- Convulsiones.			48- Trastornos alimenticios.			83- Intolerancia alimenticia.		
13- Neuritis o			49- Dificultad al			84- Hemorroides		

neuralgias.			tragar.					
14- Traumatismo de cráneo con pérdida de conocimiento.			50- Cansancio no acorde al esfuerzo.			85- Esguinces frecuentes.		
15- Herpes Zoster			51- Hinchazón de pies y piernas.			86- Pie plano.		
16- Sífilis.			52-Palpitaciones.			87- Lesiones ligamentarias.		
17- Hepatitis.			53- Varices.			88- Dolores de rodilla frecuentes.		
18- Meningitis.			54- Tos Frecuentes.			89- Dolores de espalda frecuentes.		
19- Parotiditis (paperas).			55- Expectoración frecuente.			90- Dolores en cintura o ciática.		
20- Poliomielitis.			56- Sangre en esputo.			91- Desviaciones de columna.		
21- Enf de transmisión sexual.			57- Sudores nocturnos.			92- Articulaciones dolorosas o hinchadas.		
22- Blenorragia.			58- Pérdida de peso reciente.			93- Sufrió accidente de tránsito.		
23- Dengue.			59- Asma.			94- Fracturas		
24- Fiebre reumática.			60- Tuvo asma en la infancia.			95- Luxaciones		
25- Varicela.			61- Neumotórax.			96- Articulaciones dolorosas o hinchadas.		
26-Brucelosis.			62- Neumonía.			97- Anemia.		
27- Tuberculosis.			63- Pleuresía.					
28- Enfermedades del Chagas.			64- Bronquitis a repetición.			98- Cáncer o tumores.		
29- Cólera.			65- Infecciones urinarias a repetición.			99- Alteraciones en la pigmentación de la piel.		
30- Toxoplasmosis.			66-Varicocele o Hidrocele			100- Se realizó transfusiones sanguíneas. ¿Porque?		
31- Sarampión.			67- Dificultad para orinar.			101- Enfermedades alérgicas. ¿Cuáles?		
32-Enfermedades Cardiacas.			68- Cólico Renal/ Cálculos renales.			102- Enfermedades de la piel. ¿Cuáles?		
33-Elevación de la presión sanguínea.			69- Glucosa o albúmina en orina.			103- Alteración de la visión		
34- Arritmias.			70- Sangre en orina.			104- Diabetes.		
35-Dolor de pecho.			71- Disminución y aumento de peso frecuentes.			105- Enfermedades tiroideas.		
36-Falta de aire.								

En caso de respuesta afirmativa, detallar minuciosamente la enfermedad a la que se refiere, incluir fechas, diagnósticos y tratamientos recibidos.

.....

.....

Es alérgico a algún medicamento, especifique.

Estuvo bajo tratamiento psicológico o psiquiátrico, especifique:

Estuvo bajo tratamiento por enfermedades de la sangre especifique:

OPERACIONES:

Afecciones	SÍ	NO	Año – Observaciones
Amígdalas			
Apendicitis			
Hernia			
Hemorroides			
Varicocele			
Cirugía traumatológica			
Cirugía endoscópica			
Cirugía oftalmológica			
Otros			

Antecedentes Hereditarios: marque lo que corresponda

DIABETES:	SI	NO	Desconoce
HIPERTENSION ARTERIAL:	SI	NO	Desconoce
HIPERURICEMIA/GOTA:	SI	NO	Desconoce
ENF. PULMONARES	SI	NO	Desconoce
ENF. CARDIOVASCULARES	SI	NO	Desconoce
ENF. VASCULAR PERIFERICO	SI	NO	Desconoce
ENF. DIGESTIVAS	SI	NO	Desconoce
ENF. ENDOCRINAS	SI	NO	Desconoce
ENF. RENAL	SI	NO	Desconoce
OBESIDAD	SI	NO	Desconoce
DISLIPEMIAS	SI	NO	Desconoce
CELÍACAS	SI	NO	Desconoce
OTRAS ENFERMEDADES	SI	NO	Desconoce

En caso de ser afirmativo especificar grado de parentesco:

SOLO PARA PERSONAL FEMENINO:

ENFERMEDAD	SÍ	NO	ENFERMEDAD	SÍ	NO	ENFERMEDAD	SÍ	NO
Dolores menstruales			Trastornos			Ausencia de		

			menstruales			menstruación		
Abortos terapéuticos o espontáneos			Enfermedades mamarias			Menstruación fuera de ciclo		
Intervenciones quirúrgicas en útero			Intervenciones quirúrgicas en mamas			Intervención quirúrgica de ovarios		
Fecha última menstruación								
Fecha último control ginecológico								
Otras intervenciones en el aparato genital								

Declaro bajo juramento que todas mis respuestas son verdaderas, y faculto a la autoridad militar correspondiente, a requerir cualquier otro dato que sea de interés a los trámites necesarios, al respecto.

Por este acto tomo conocimiento que en los análisis que se me han de realizar están incluidos los de detección de drogas de abuso: Opiáceos, Morfina, Cocaína, Marihuana y anfetaminas dando mi expresa conformidad para que se realicen los estudios hematológicos, serológicos, radiológicos y otros que la autoridad sanitaria militar requieran, necesarias para la determinación de aptitud.

Presto mi libre consentimiento, para que se me realicen las pruebas que permitan investigar la presencia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en los términos establecidos por el Decreto Nro. 906/95, Artículo 1º (“Las Fuerzas Armadas y de Seguridad adoptarán las medidas que sean más convenientes para la realización de las pruebas diagnósticas necesarias para la detección de portadores del virus HIV).

Asimismo, presto mi expresa conformidad para que la autoridad sanitaria militar verifique que el carnet de inmunizaciones que debo presentar como uno de los requisitos indispensables y obligatorios al momento de la inscripción, se encuentre completo y actualizado de acuerdo a las exigencias establecidas en el Calendario Nacional de Vacunación, como así también autorizo a que se me administren otras vacunas que por necesidades del régimen del servicio sean necesarias de aplicación.

Firmas:

.....
Firma del solicitante (1)

Certifico que las firmas que anteceden son auténticas y que han sido puestas en mi presencia y que pertenecen a las personas nombradas más arriba, habiéndose verificado asimismo sus filiaciones e identidades .

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN NO JUZGA EL CONTENIDO DEL DOCUMENTO.

Lugar y fecha:

Firma y Sello:
Autoridad Judicial, Policial o Escribano Público (1)

Sello de la Dependencia

(1) La firma del solicitante deben ser Autenticada por Autoridad Judicial, Policial, o Escribano Público (en este último caso legalizado ante el Colegio de Escribanos) con el sello correspondiente al Organismo de la autoridad que certifica.