**ANEXO 1**

**DECLARACION JURADA DE SALUD**

El presente documento deberá ser completado en oportunidad de realizarse el Examen Médico Preliminar, en forma manuscrita y firmada por el interesado. Sin este requisito no se dará curso al trámite de inscripción como postulante al ingreso al SMV.

**Este documento se suscribe en el estricto marco de la incorporación del firmante al SMV normado por la ley 24.429 y reviste carácter de DECLARACION JURADA por lo que todo ocultamiento o falsa información será pasible de la sanción establecida en el Art 293 del Código Penal.**

FECHA……………………………………………………………………………………………………………………………………..

APELLIDO Y NOMBRE:……………………………………………………………………………………………………………..

FECHA DE NACIMIENTO:………………………………………………………………………………………………………….

EDAD: ……………………………………………………………………. SEXO:……………………………………………………

LUGAR DE NACIMIENTO……………………………………………NACIONALIDAD:……………………………………

ESTADO CIVIL……………………………………………………………DNI:………………………………………………………

DOMICILIO……………………………………………………………… LOCALIDAD…………………………………………..

PROVINCIA:……………………………………………………………… CODIGO POSTAL:………………………………….

TELEFONO PARTICULAR :……………………………………………TELEFONO CELULAR:……………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Marque con una cruz en el casillero que corresponda**  | **SI** | **NO** | **OBSERVACIONES** |
| ¿Tuvo que abandonar algún empleo por razones de salud? |  |  |  |
| ¿Recibió o tiene pendiente alguna indemnización por accidente o enfermedad laboral? |  |  |  |
| ¿Ha sido exceptuado en alguna oportunidad por algún motivo, a su ingreso al SMV? |  |  |  |
| ¿Tiene seguro de vida? |  |  | Donde: |
| ¿Le ha sido negado en alguna oportunidad una solicitud de seguro de vida? |  |  | Donde: |
| ¿Fuma? Explicitar cuantos por día |  |  |  |
| ¿Ingiere bebidas alcohólicas? ¿Cuál y en qué cantidad? |  |  |  |
| ¿Duerme sin inconvenientes? ¿Cuántas horas por día? |  |  |  |
| ¿Observa alguna dieta en particular? ¿Cuál? |  |  |  |
| ¿Practica deportes? ¿Cual/cuales? |  |  |  |
|  |  |  |
| ¿Tiene otros pasatiempos? ¿Cuál/cuales? |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ENFERMEDAD** | **SI** | **NO** | **ENFERMEDAD**  | **SI** | **NO** | **ENFERMEDAD**  | **SI** | **NO** |
| Mareos o desmayos |  |  | Enfermedades de la piel |  |  | Ulcera gástrica |  |  |
| Nerviosismo excesivo |  |  | Disfunciones de la visión |  |  | Problemas en el duodeno |  |  |
| Convulsiones |  |  | Falta de distinción de los colores |  |  | Ictericia |  |  |
| Dolores de cabeza frecuente |  |  | Sordera o disminución de la audición |  |  | Trastornos digestivos |  |  |
| Pesadillas |  |  | Supuración de los oídos |  |  | Acides |  |  |
| Insomnio o falta de sueño |  |  | Vértigos o mareos |  |  | Glucosa o albumina en orina |  |  |
| Perdida de la memoria |  |  | Resfriados frecuentes |  |  | Hernias |  |  |
| Neuritis o neuralgia |  |  | Dentadura en mal estado |  |  | Hemorroides |  |  |
| Reumatismo |  |  | Amigdalitis |  |  | Fracturas o luxaciones |  |  |
| Poliomielitis |  |  | Tos crónica |  |  | Articulaciones dolorosa o hinchadas |  |  |
| Brucelosis |  |  | Sinusitis |  |  | Dificultad o sangrado al orinar |  |  |
| Depresión |  |  | Sangre en el esputo |  |  | Pie plano |  |  |
| Paludismo |  |  | Sudores nocturnos |  |  | Dolores en los pies |  |  |
| Fiebre reumática |  |  | Pérdida de peso reciente |  |  | Dolores en las rodillas |  |  |
| Enfermedades venéreas |  |  | Trastornos en la voz |  |  | Dolores de espalda |  |  |
| Tuberculosis |  |  | Dolores de pecho |  |  | Dolores de cintura o ciática |  |  |
| Anemia |  |  | Falta de aire |  |  | Dolores en el hombro |  |  |
| Cáncer o tumores |  |  | Palpitaciones del corazón |  |  | Varices |  |  |
| Enfermedades cardiacas |  |  | Problemas de presión sanguínea |  |  | Desviaciones de columna |  |  |
| Urticaria |  |  | Sífilis |  |  | Enfermedades nerviosas |  |  |
| Asma |  |  | Alergias |  |  | Se psicoanaliza? |  |  |
| Sufrió asma de chico |  |  | Bronquitis |  |  | Enfermedades genito urinarias |  |  |
| Pleuresía |  |  | Diabetes |  |  | Neumotórax |  |  |
| Disrritmia |  |  | Cálculos en riñones o vesícula |  |  | Epilepsias |  |  |
| Enfermedad de chagas |  |  | Recibió transfusiones de sangre anteriormente |  |  | Hemorragias |  |  |
| Traumatismo de cráneo |  |  | Toma medicamentos |  |  | Cuales: |  |  |

**OPERACIONES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Afecciones** | **SI** | **NO** | **Año-Observaciones** |
| Amígdalas |  |  |  |
| Apendicitis |  |  |  |
| Hernia |  |  |  |
| Hemorroides |  |  |  |
| Otras |  |  |  |

**COMPLETAR EL PERSONAL FEMENINO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ENFERMEDAD** | **SI** | **NO** | **ENFERMEDAD**  | **SI** | **NO** | **ENFERMEDAD**  | **SI** | **NO** |
| Dolores menstruales |  |  | Trastornos menstruales |  |  | Ausencia de menstruación |  |  |
| Abortos terapéuticos o espontáneos |  |  | Enfermedades mamarias |  |  | Intervenciones quirúrgicas en ovarios |  |  |
| Intervenciones quirúrgicas de útero |  |  | Intervenciones quirúrgicas en mamas |  |  | Menstruación fuera de ciclo |  |  |
| Fecha ultima menstruación |  |
| Fecha último control ginecológico |  |
| Otras intervenciones en el aparato genital |  |

**TATUAJES (ambos sexos)**

Los tatuajes serán evaluados en el contexto de examen de aptitud psicológica dado que en algunos individuos pueden constituir signos patológicos y/o representar trastornos de la personalidad.

Los postulantes **no deberán exhibir tatuajes**, prescindiendo del lugar del cuerpo donde se encuentren, que sean obscenos, ofensivos, indecentes o aquellos que resulten incompatibles con el correcto y decoroso uso del uniforme por ser pernicioso para el orden y la disciplina de la Fuerza.

|  |  |
| --- | --- |
| Cuantos tatuajes tiene?:  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Donde tiene los tatuajes? Especificar  | 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |

**HABITOS TOXICOS:**

**¿Consumió o consume drogas? SI - NO**

En caso afirmativo, detalle el nombre y grado de consumo de la misma, y todo otro dato de interés:………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………..

Si fue droga dependiente, ¿Fue asistido en algún centro de rehabilitación? SI - NO

En caso afirmativo, detalle el nombre del centro, y todo otro dato de interés:……………...…………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………..

**ANTECEDENTES PENALES Y/O POLICIALES**

**Tiene antecedentes: SI - NO**

En caso afirmativo, detalle el nombre y tipo de la causa, y todo otro dato de interés:……...……………………………………………………………………………

…………………………………………………………………..………………………

Tiene antecedentes familiares con esta causa: SI - NO

En caso afirmativo, detalle el grado de parentesco, y todo otro dato de interés...........…

………………….…….....................................................................................................

**HISTORIA FAMILIAR**

Completar con una cruz “X”, en el caso que alguno de los familiares haya padecido una de las afecciones/enfermedades descriptas, o si ha fallecido a causa de ellas, consignando la edad

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Enfermedad** | **PARENTESCO** | **Fallecidos** |
| **Padre** | **Madre** | **Hermano** | **Hermana** | **Esposo/a** | **Abuelo** | **Abuela** | **¿Quién?** | **Edad** |
| Artritis |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Reumatismo |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Asma bronquial |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cáncer |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Diabetes |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Afecciones cardiacas |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hipertensión |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Enfermedades urinarias |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ulcera de estomago |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ulcera de duodeno |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tuberculosis |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Enfermedades mentales |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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.

Doy 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, Articulo 1º (“Las Fuerzas Armadas de Seguridad adoptaran las medidas que sean más convenientes para la realización de las pruebas diagnosticas necesarias para la detección de portadores del virus HIV, tanto en lo que respecta a interesados a ingresar a las mismas como al personal de sus cuadros permanentes plantas básicas de su personal civil”).

En virtud de tener que cumplir las exigencias de PRUEBAS FISICAS, autorizo a realizar en mi persona las pruebas de detección de embarazo, a fin de preservar mi estado de salud y del eventual ser en gestación. Asimismo declaro que a la fecha **SI / NO** estoy embarazada, e informare al momento de mi presentación al curso de admisión si ha variado mi estado.

Asimismo, presto mi expresa conformidad para que la autoridad sanitaria militar verifique y cumpla con las exigencias establecidas en el calendario nacional de vacunación, como así también con otras vacunas que por necesidades del régimen del servicio sean necesarias de aplicación.

Apellido/s y Nombre/s:

Lugar y fecha:

Firma del postulante