

# DECLARACIÓN JURADA CONDICIONES DE SALUD

## DATOS PERSONALES

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: F  M  No binario

Documento de Identidad: \_\_\_\_\_

Domicilio Real: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

## DATOS CLÍNICOS

Indicar peso: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_

## ALTERACIONES VISUALES

Miopía

Presión ocular

Astigmatismo

Otras

Indicar síntoma o patología: \_\_\_\_\_

## ALTERACIONES AUDITIVAS

Zumbidos

Sordera

Otitis a repetición

Uso de audífonos

Disminución de la audición

Otras

Indicar síntoma o patología: \_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Cirugías

¿Cuáles y cuándo?: \_\_\_\_\_

# DECLARACIÓN JURADA CONDICIONES DE SALUD

## HÁBITOS

- ¿Fumó? Fecha de inicio: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Fecha de cese: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- ¿Bebe? ¿Qué?: \_\_\_\_\_ ¿Cuántos vasos por día?: \_\_\_\_\_  
Fecha de inicio: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Fecha de cese: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- ¿Consumo tranquilizantes u otros medicamentos?  
¿Cuáles?: \_\_\_\_\_  
Fecha de inicio: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Fecha de cese: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## VACUNAS

- B.C.G.  Hepatitis  Antigripal  CoViD  Doble adulto
- Otras ¿Cuál/cuáles? \_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES METABÓLICOS (Marque lo que corresponda)

- Diabetes  Colesterol alto
- Gota Fecha del último análisis de sangre: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- Enfermedades de tiroides

## ANTECEDENTES CLÍNICOS (Marque lo que corresponda)

- Gastritis  Infecciones urinarias a repetición
- Úlceras  Hemorroides
- Afecciones de vesícula sin tratamiento quirúrgico  Hernias
- Cálculos  Eventraciones
- Hepatitis  Apendicitis
- Pancreatitis  Otras
- Enfermedades renales Indicar síntoma o patología: \_\_\_\_\_

# DECLARACIÓN JURADA CONDICIONES DE SALUD

## ANTECEDENTES CARDÍACOS (Marque lo que corresponda)

- Palpitaciones
- Dolor en el pecho
- Presión alta Indique el mayor valor que ha tenido: \_\_\_\_\_
- Infartos

- Insuficiencia cardíaca
- Cardiopatía congénita
- Marcapasos implantado
- Otras

Indicar síntoma o patología: \_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES RESPIRATORIOS (Marque lo que corresponda)

- Tuberculosis
- Asma bronquial
- Alergias
- E.P.O.C.

- Broncoespasmos
- Neumonías
- Otras

Indicar síntoma o patología: \_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES APARATO LOCOMOTOR (Marque lo que corresponda)

- Malformaciones
- Pérdidas de fuerza de 1 o más extremidades
- Hernia de disco
- Desviaciones de columna

- Amputaciones
- Uso de prótesis
- Otras

Indicar síntoma o patología: \_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES NEUROLÓGICOS (Marque lo que corresponda)

- Cefálea
- Epilepsia
- Convulsiones
- Pérdida de conocimiento

- A.C.V. isquémico o hemorrágico
- Parálisis
- Otras

Indicar síntoma o patología: \_\_\_\_\_



# DECLARACIÓN JURADA CONDICIONES DE SALUD

## ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS (Marque lo que corresponda)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ¿Se ha realizado control ginecológico en los últimos 2 años?   | <input type="checkbox"/> ¿Ha tenido embarazos?                          |
| <input type="checkbox"/> ¿Tiene familiares directos con enfermedades oncoginecológicas? | <input type="checkbox"/> ¿Presentó presión alta durante algún embarazo? |
| <input type="checkbox"/> ¿Se ha realizado papanicolau en los últimos 2 años?            | <input type="checkbox"/> ¿Presentó diabetes durante algún embarazo?     |
| <input type="checkbox"/> ¿Se ha realizado mamografía en los últimos 2 años?             | <input type="checkbox"/> ¿Presentó algún otro tipo de complicación?     |

Indicar síntoma o patología:

## ANTECEDENTES ANDROLÓGICOS (Marque lo que corresponda)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ¿Presenta dificultad al orinar?   | <input type="checkbox"/> ¿Se ha realizado control de salud con especialista en urología en el último año? |
| <input type="checkbox"/> ¿Presenta dificultad para evacuar orina en forma completa?                      | <input type="checkbox"/> Otras  |
| <input type="checkbox"/> ¿Se ha realizado control bioquímico de Parámetros Prostáticos en el último año? |   |

Indicar síntoma o patología:

## CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD (Marque lo que corresponda)

- |  | SI                       | NO                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ¿Posee certificado de discapacidad?            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Posee certificado de discapacidad en trámite? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

En caso afirmativo detalle la patología por la que se ha expedido el certificado:

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES  
2024 - Año del 75° Aniversario de la gratuidad universitaria en la República Argentina

**Hoja Adicional de Firmas**  
**Informe gráfico**

**Número:**

**Referencia:** DDJJ SALUD LABORAL

---

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 4 pagina/s.