DECLARACIÓN JURADA SOBRE HISTORIA MÉDICA
"XIV PROMOCIÓN DE OFICIALES DE POLICÍA TÉCNICOS SUPERIORES EN SEGURIDAD PUBLICA Y CIUDADANA PROVINCIA DE CORRIENTES"

DATOS PERSONALES

NOMBRE Y APELLIDO COMPLETO:……
SEXO: F:…… M:…… DNI N° …….. EDAD:……..
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO:……..
NACIONALIDAD:……
OCUPACIÓN:……..
NIVEL DE CAPACITACIÓN
PRIMARIA:…… SECUNDARIA:……TERCIARIO: ……..……
UNIVERSITARIO: ……...…….
ESTADO CIVIL: ……..
DOMICILIO:……..……..……
TELÉFONO PARTICULAR/CELULAR:……..…….
CON QUE MANO ESCRIBE DERECHA… IZQUIERDA…. AMBIDIESTRO/A……

(Marcar con una X donde las respuestas sean por SI o por NO y escribir donde se le solicite mayor información)

HISTORIA FAMILIAR

HAY EN SU FAMILIA ANTECEDENTES DE:
DIABETES. SI: ……. NO: ……
HIPERTENSIÓN ARTERIAL. SI: …….. NO…….
CÁNCER. SI: …… NO……
ENFERMEDADES DEL CORAZÓN. SI:…… NO:…….

PARIENTES	ARTRITIS REUMATISMO	ASMA BRONQUIAL	CÁNCER	DIABETES	AFECCIÓN CARDÍACA	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	ENFERMEDADE DERMATOLÓGICA CA	ENFERMEDADES GLANDULARES Y/O HORMONALES	OTRA
Padre									
Madre									
Hermanos									
Hermanas									
Esposa									
Hijos									

EDAD, SI VIVE:	SI VIVE, QUE ENFERMEDAD PADECE(*):	EDAD AL MORIR	CAUSA DE MUERTE	OBS.
Padre:				
Madre:				
Hermanos				
Hermanas				

(*) SI NO PADECE NINGUNA ENFERMEDAD O NO SABE, DEJAR SIN RELLENAR

HISTORIA PERSONAL

• EN LA ACTUALIDAD ¿ESTA SIENDO EVALUADO O TRATADO MEDICAMENTE POR ALGUNA ENFERMEDAD, ACCIDENTE U OTRO PROBLEMA DE SALUD (DIABETES, HIPERTENSIÓN ARTERIAL, PROBLEMAS CARDIACOS, HIV-SIDA):SI…… NO:……..

SI SU RESPUESTA ES **SI**, POR FAVOR DETALLE:….....

• TOMA REGULARMENTE (DIARIAMENTE)? .....

• ALGÚN MEDICAMENTO?.....

SI SU RESPUESTA ES **SI**, POR FAVOR DETALLE (MEDICACIÓN, DOSIS Y FORMA EN QUE LA TOMA): ……..

• HA SIDO OPERADO? SI: ……NO: ……..

• HA ESTADO INTERNADO EN CLÍNICA, SANATORIO, HOSPITAL U OTRO ESTABLECIMIENTO MEDICO?. SI:…….. NO: ……..

MOTIVO Y AÑO:…….

• ES DADOR VOLUNTARIO? SI: ……..NO: ……

• DIO SANGRE EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES? SI: ……..NO: ……

• RECIBIÓ TRANSFUSIONES DE SANGRE? SI:……. NO:……..

• MOTIVO: …….

¿TIENE ACTUALMENTE O HA TENIDO? (subrayar la enfermedad debajo):

• BRUCELOSIS, CHAGAS, FIEBRE REUMÁTICA, TUBERCULOSIS, HEPATITIS, PARÁSITOS, HERPES.

• ENFERMEDAD VENÉREA, MICOSIS U HONGOS.

• ALERGIAS O INFECCIONES CRÓNICAS.

• ALTERACIONES VISUALES, POR LAS QUE USE ANTEOJOS O LENTES DE CONTACTO PRESIÓN OCULAR, DIFICULTAD PARA DISTINGUIR COLORES. ENFERMEDADES DE LOS OJOS.

• SORDERA O DISMINUCIÓN DE LA AUDICIÓN, SUPURACIÓN DE OÍDOS.

• DOLORES DE CABEZA FRECUENTES O JAQUECA.

• ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR, DIFICULTAD PARA ESCRIBIR O AGARRAR ALGO, TEMBLORES EN MANO, ADORMECIMIENTO, DIFICULTAD PARA CAMINAR.

• TUVO INFECTADO POR COVID-19, FECHA DE ALTA……./……../……..…

• DETECTO ALGUNAS SECUELAS LUEGO DE LA INFECCIÓN?.....

• INFECCIONES URINARIAS, ENFERMEDADES DEL RIÑÓN, PIEDRA O ARENILLA EN RIÑÓN, DIFICULTAD PARA ORINAR, SE LEVANTA A ORINAR DE NOCHE.

• MAREOS O DESMAYOS, AHOGOS, DOLORES DE PECHO, FALTA DE AIRE, PALPITACIONES, SOPLOS.

• CRISIS ASMÁTICA O CRISIS BRONCO ESPASMÓDICA, EPOC. BRONQUITIS. NEUMONÍA.

• AMIGDALITIS O ANGINAS, SINUSITIS, RESFRÍOS FRECUENTES, TOS FRECUENTE.

• GASTRITIS O ÚLCERA GÁSTRICA. ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES.

• ENFERMEDADES DE LA SANGRE, SANGRA CON FACILIDAD, ENFERMEDAD GOTA. HIPERCOLESTEROLEMIA. ARTEROSCLEROSIS. ACV.

- ICTERICIA, ENFERMEDAD DE LA PIEL, PICAZÓN, CAMBIO DE PESO-PSIORIASIS. ETC.
- CONVULSIONES O ATAQUES, EPILEPSIA. PERDIDA DE LA MEMORIA, PERDIDA DEL CONOCIMIENTO, PESADILLAS-DIFICULTADES DEL SUEÑO.
- NERVIOSISMO EXCESIVO, NEURITIS O NEURALGIA, DEPRESIÓN. FIBROMIALGIA. ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS
- CÁNCER, TUMOR O QUISTE, VARICES, ARTICULACIONES HINCHADAS O DOLOROSAS. ETC
- DENTADURA EN MAL ESTADO. ENFERMEDADES BUCALES.
- FRACTURAS (ESPECIFICAR TIPO DE FRACTURA Y QUE LADO DEL MIEMBRO AFECTADO, ETC.)
- ESGUINCES O TORCEDURAS (ESPECIFICAR TIPO Y GRADO DEL ESGUINCE Y QUE LADO DE LA ARTICULACIÓN AFECTADA, ETC.
- LUXACIÓN O DISLOCACIÓN ARTICULAR (ESPECIFICAR TIPO Y LADO DEL MIEMBRO AFECTADO, ETC.)
- DIFICULTADES PARA LA LIBRE MOVILIZACIÓN DE LAS ARTICULACIONES DE LOS MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES
- DOLOR EN RODILLAS, ESPALDA CINTURA, HOMBROS, PIES, PIE PLANO.
- HERNIAS O PROTRUSIÓN (ESPECIFICAR: INGUINAL, UMBILICAL, DE DISCO, ETC)
- HEMORROIDES- ENFERMEDADES DEL COLON.
- ALTERACIONES O AFECCIONES EN EL NERVIO CIATICO.
- ENFERMEDADES DEL SISTEMA INMUNOLÓGICO, HIV, ETC.
- ENFERMEDADES DEL CORAZÓN. ARRITMIA, PERICARDITIS, ETC.
- ENFERMEDADES DEL HABLA. TRASTORNOS DEL HABLA.
- ALCOHOLISMO.

HÁBITOS:

- FUMA SI: ……NO: …Nº CIGARRILLOS /DIA:…… CANTIDAD AÑOS: ……
- TOMA BEBIDAS ALCOHÓLICAS SI:…….. NO:……

CON FRECUENCIA: DIARIAMENTE:….. SEMANALMENTE…… MENSUALMENTE……SOCIALMENTE….....

- CONSUME ALGÚN TIPO DE DROGA COMO, CLORIDRATO DE COCAINA, CANNABIS SATIVA, OPIACIOS, DROGAS FARMACOLÓGICAS O ESTEROIDES.

SI ……..NO……CUAL……

- ALGUNAS ADICCIONES COMO: MATE:…. CAFÉ:… GASEOSAS:…….

¿CUANTAS VECES A LA SEMANA CONSUME GASEOSAS?:1….. 2:… 3:…… MAS:…….

- REALIZA ALGÚN DEPORTE O EJERCICIOS DE POR LO MENOS 30 MINUTOS CONSECUTIVOS?: SI:……. NO:……..

SI LA RESPUESTA ES **SI** ¿CUANTAS VECES A LA SEMANA? 1:……. 2: ……3….. MAS: ……

TIPO DE EJERCICIOS: ……

- CONSUME TODOS TIPOS DE ALIMENTOS? SI: ……NO: ……..

SI SU RESPUESTA ES **NO** DESCRIBA CUALES Y POR QUE: ……
……

- TIENE SUEÑO TRANQUILO? SI: ……NO:……..
- CUANTAS HORAS DUERME? ……

• ALGÚN PASATIEMPO?¿CUAL Y CUANTO TIEMPO LO DEDICA?
……..

HISTORIA LABORAL

• CONSIGNA EMPLEOS PREVIOS AL ACTUAL ¿tarea que realizó, o el nombre de la empresa para la que trabajo?:……
• TUVO QUE ABANDONAR ALGÚN EMPLEO POR PROBLEMAS DE SALUD? Si: ……..NO ……
• RECIBIÓ O TIENE PENDIENTE UNA INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD PROFESIONAL? SI:…… NO: …….
• TRABAJO EN AMBIENTES RUIDOSOS? SI:…… NO: ……..
EN CASO DE SER **SI** ACLARE DONDE Y ACTIVIDAD:…….
• TRABAJO EN AMBIENTES CON POLVO? SI:…… NO: ……..…
EN CASO DE SER **SI** ACLARE DONDE Y ACTIVIDAD……...
• TRABAJO EN TARES PESADAS? SI:…….. NO: ……
EN CASO DE SER **SI** ACLARE DONDE Y ACTIVIDAD……
• SE EFECTUÓ CON ANTERIORIDAD EXAMEN MEDICO?: SI:….. NO:…….
¿CAUSA?. ……..
• CONTESTE ESTAS TRES PREGUNTAS SOLO SI TRABAJARA EN TURNOS DE NOCHE:
¿HA TRABAJADO ANTERIORMENTE EN SISTEMAS DE TURNOS? SI:…. NO: …....
¿TUVO ALGÚN PROBLEMA DE SALUD AL TRABAJAR EN TURNOS? SI:… NO:….
¿ALGUNA VEZ ALGÚN MEDICO LE ACONSEJO NO REALIZAR TRABAJOS EN TURNOS?: SI:…… NO:…….

CONTESTAR SOLAMENTE SI EL SOLICITANTE ES MUJER
(Marcar con una x donde corresponda)

• CICLO MENSTRUAL: ¿CADA CUANTO DIAS?..... DURACIÓN: ……DIAS
• SON SUS PERIODOS DOLOROSOS?: SI: ……NO: …..…….……
• LE OBLIGAN A ABANDONAR LAS TAREAS?: SI:……..... NO: ……..
• LE OBLIGAN A GUARDAR CAMA?: SI: ……NO:…….
• PERDIDA DE SANGRE EXCESIVAS?: SI: ……NO:…….
• FLUJO VAGINAL? SI: ……NO: …….
• REALIZO TRATAMIENTO PARA ELLO? SI:…….. NO:…….
• RECIBIÓ TRATAMIENTO POR ALGÚN TRASTORNO EN SU CICLO MENSTRUAL?: SI: ……NO: ……..
• ALGUNA OPERACIÓN GINECOLÓGICA? SI: …….NO: ……..……
EN CASO DE SER SI, CAUSA: …….
• CANTIDAD DE EMBARAZOS: 0:….. 1:….. 2:…… 3:…… O MAS: ……..
• CANTIDAD DE ABORTOS: 0:…… 1: ……..2:…….. O MAS: ……..…….
• COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO SI:…… NO:……..
EN CASO DE SER SI CUAL/ES:……..
• HA SUFRIDO ALGUNA ENFERMEDAD DE LAS MAMAS, UTERO, OVARIOS O CUALQUIER ENFERMEDAD GINECOLOGICA?: SI:…… NO:……..
• ESTA ACTUALMENTE EMBARAZADA? EN CASO DE SER SI, FECHA APROXIMADA DE PARTO: …….
• CUANDO FUE SU ÚLTIMO EXAMEN PAP?¿RESULTADO?:…….
.....

DECLARA QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES COMPLETA, VERDADERA Y CON CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA.

En caso de detectar alguna omisión o falsedad en la presente Declaración, ya sea desde la incorporación, y todo el cursado de la Carrera, será motivo de baja conforme las reglamentaciones institucionales.

FECHA:…….
FIRMA DEL INTERESADO/A……..
ACLARACIÓN:…….
D.N.I. N°……..…….

CERTIFICACIÓN DE FIRMA (por Escribano Público Nacional)

- - -El/la **Escribano/a Público** que suscribe CERTIFICA: que la firma que antecede pertenece al/la ciudadano/a _____
D.N.I. Nº_____ C.I. N°_____, por haber sido realizada de puño y letra en mi presencia.

Corrientes _____de _____de 202…….