



Ministerio de Salud

CENTRO DE MEDICINA PREVENTIVA DR. EMILIO CONI

DECLARACIÓN JURADA Y TRÁMITE LABORAL

TRÁMITE LABORAL

A llenar por personal del Centro Coni

PRIVADO	FECHA
ADMINISTRACIÓN PÚBLICA	H. CLÍNICA N°

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

A)- ACTIVIDAD A DESARROLLAR:

DATOS PERSONALES (Complete en letra imprenta)

Nombre y Apellido:			
DNI:	Edad:	Estado civil:	Hijos:
Fecha de Nac.: / /		Domicilio:	
Localidad:		Teléfono:	

B)- RESPONDA “SI” O “NO” SEGÚN CORRESPONDA (Problemas actuales o pasados)

Diabetes		Bronquitis/ Enf. pulmonares		Infecciones urinarias	
Hipertensión		Problemas de piel		Problemas intestinales o digestivos	
Asma / Alergias		Cefaléas/ Pr. Visuales/ Oído		Desmayos/ convulsiones	
Dolor de pecho		Tos crónico		Depresión	
Falta de aire		Palpitaciones		Tabaquismo	
Fiebre reumática		Temblores		Hernias o aventraciones	
Chagas		Dolores óseos/ facturas		Várices	
Tuberculosis		Lumbago/ escoliosis		Problemas Ginecológicos	
Reumatismo		Hernia de disco (Columna)		Problemas prostáticos o testiculares	
Hipotiroidismo		Cólicos renales		Hemorroides	
Cáncer		Cólicos hepáticos/ Hepatitis		Enfermedades del corazón/ anemias o problemas de la sangre	

Otros:

--

Peso: _____

Estatura: _____

Si Ud. recibe medicación permanente indique cuál:

--

Si Ud. ha tenido cirugías indique cuál o cuáles, la fecha de la/s misma/s y si han quedado secuelas (dificultades) posteriores:

--

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.):

--

C)- ANTECEDENTES FAMILIARES: Refiera enfermedades o problemas de salud de importancia que padezcan o hayan padecido padres, hermanos, hijos:

--

Debe firmar en la Institución en presencia del profesional:

FIRMA	ACLARACION
DOC. TIPO:	N°:



Ministerio de Salud

**CENTRO DE MEDICINA PREVENTIVA
"DR. EMILIO CONI"**

Nombre y Apellido:.....

**SOLICITO
APTITUD OFTALMOLOGIA**

INFORME DEL ESPECIALISTA

Fecha:

.....
Firma y Sello del Especialista



Ministerio de Salud

**CENTRO DE MEDICINA PREVENTIVA
"DR. EMILIO CONI"**

Nombre y Apellido:.....

**SOLICITO
APTITUD PSICOLOGICA**

INFORME DEL ESPECIALISTA

Especificar la función.

Fecha:

.....
Firma y Sello del Especialista

