



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

