



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:

[Empty box for other conditions]

Peso: _____
Estatura: _____

Si Ud. recibe medicación permanente indique cuál:

[Empty box for permanent medication]

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

[Empty box for surgeries]

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.):

[Empty box for dental issues]

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

[Empty box for family history]

Debe firmar en la Institución en presencia del profesional:

FIRMA	ACLARACION
DOC. TIPO:	N°:



Ministerio de Salud



Ministerio de Salud

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

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

Nombre y Apellido:.....

Nombre y Apellido:.....

**SOLICITO
APTITUD ORL**

**SOLICITO
APTITUD PSICOLOGICA**

INFORME DEL ESPECIALISTA

INFORME DEL ESPECIALISTA

Fecha:

.....
Firma y Sello del Especialista

Fecha:

.....
Firma y Sello del Especialista



Ministerio de Salud



Ministerio de Salud

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

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

Nombre y Apellido:.....

Nombre y Apellido:.....

**SOLICITO
APTITUD OFTALMOLOGÍA**

**SOLICITO
ELECTROCARDIOGRAMA**

INFORME DEL ESPECIALISTA

INFORME DEL ESPECIALISTA

Fecha:

.....
Firma y Sello del Especialista

Fecha:

.....
Firma y Sello del Especialista

