

DECLARACIÓN JURADA OBLIGATORIA

APELLIDO Y NOMBRE:

H.C.

TUVO EXAMENES DE APTITUD PREVIOS:

CUANDO:

MARQUE CON UN CIRCULO LAS ENFERMEDADES PADECIDAS, UNA POR UNA Y CON LA MISMA LAPICERA QUE FIRMA.

Enfermedades Neurológicas: Cefalea. Epilepsia. Convulsiones. Pérdidas de conocimiento. Derrames cerebrales. Parálisis. Otros.

Enfermedades Visuales: Miopía. Astigmatismo. Presión ocular. Otros

Enfermedades Auditivas: Zumbidos. Otitis a repetición. Disminución de la audición. Sordera. Uso de audífonos. Otros.

Enfermedades Respiratorias: Tuberculosis. Asma bronquial. Alergias. Broncoespasmos. Neumonías. Otros.

Enfermedades Cardíacas: Palpitaciones, Infartos, Marcapasos, Presión alta, Indique que valor? Dolor en el pecho. Cardiopatía Congénita. Otros.

Enfermedades Abdominales: Digestión lenta. Gastritis. Ulceras. Afecciones de vesícula. Hepatitis. Pancreatitis. Moviliza intestino diariamente? SI NO. Enfermedades Renales. Cálculos. Infecciones urinarias a repetición. Hemorroides. ¿Ha tenido pérdidas de sangre?. Hernias. Eventraciones. Apendicitis.

Enfermedades Ginecológicas: Menstrúa mensualmente. Presenta flujo Vaginal. ¿Se ha realizado Papanicolou? ¿Cuándo? Colposcopia. ¿Cuándo? Mamografía ¿Cuándo? Embarazos. ¿Cuántos? Partos. ¿Cuántos? Cesáreas ¿Cuántas? Abortos ¿Cuántos? Hijos ¿Cuántos? Vivos ¿Cuántos? ¿Presentó presión alta o diabetes en el embarazo? Prolapsos. Tratamiento hormonal. Tumores. Otras.

Enfermedades Metabólicas: Diabetes. Gota. Enfermedades de tiroides. Colesterol alto. ¿Cuándo se hizo el último análisis de sangre?

Enfermedades Locomotoras: Amputaciones. Malformaciones. Prótesis. Pérdida de fuerzas. Hernias de disco. Desviaciones de columna.

Otras Enfermedades:

Indicar Peso y Altura.

Cirugías. ¿Cuáles y Cuándo?

Fuma: ¿Que? ¿Cuánto por día?

Bebe: ¿Que? ¿Cuántos Vasos?

¿Consume tranquilizantes u otros remedios?

Vacunas: B.C.G. Hepatitis. Antigripal. Otras.

Antecedentes Familiares. Padre: vivo, fallecido. Enfermedades padecidas.

Madre: viva, fallecida. Enfermedades padecidas.

ADVERTENCIA: LOS DATOS CONSIGNADOS TIENEN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA Y SARÁ CONSIDERADO COMO FALTA GRAVE Y COMUNICADO EN FORMA INMEDIATA AL ORGANISMO QUE PROPONE SU DESIGNACIÓN

Lugar y Fecha:

Firma del Agente

PSICOLOGÍA (Cuestionario)

HISTORIA CLÍNICA N° (Consignar N° Documento)

Apellido y Nombres: _____

Edad: _____ Tarea: _____

MARQUE CON UNA "X" LO QUE CORRESPONDA

1.	Ha sufrido o sufre frecuentemente crisis de	llanto	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
		tristeza	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
		angustia	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2.	Ha sentido o siente frecuentemente	asfixia	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
		ahogo	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
		palpitaciones	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
		temblores	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
		sudoración	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
3.	Ha sufrido o sufre frecuentemente	insomnio	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
4.	Ha tenido o tiene frecuentemente	pesadillas	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
5.	Ha sufrido pérdidas importantes que hayan modificado su forma de ser ?		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Tipo de pérdida:			
6.	Ha sufrido o sufre miedos frecuentemente ?		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Cuáles? :			
7.	Ha sufrido golpes en la cabeza ?		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Causas:			
8.	Ha tenido o tiene convulsiones ?		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Causas :			
9.	Ha tenido o tiene idea de hacerse daño a si mismo ?		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
10.	Hábitos:	Tabaco	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
		Alcohol	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
		Drogas	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
		Otros	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Circunstancias:			
11.	Cómo utiliza el tiempo libre ?			

12. Cuando está nervioso ha notado cambios y/o trastornos corporales y fisiológicos? Si No

Causas:

13. Tiene estados depresivos durante el día? Si No

En que momento?:

14. Ha recibido tratamiento? Psicológico Si No
Psiquiátrico Si No
Neurológico Si No

15. Ha tomado o toma medicación para los nervios? Si No

Cuál?:

16. Ha estado o está con licencia por? Psicología Si No
Psiquiatría Si No
Neurología Si No

17. Ha tenido o tiene dificultades con el deseo y/o la actividad sexual? Si No

Motivos:

Esta encuesta tiene valor de Declaración Jurada

Firma y Aclaración del Agente

Para ser llenado por el Psicólogo

CONCLUSIONES:

Firma del Psicólogo:

Sello del Psicólogo:

DIRCCIÓN DE RECONOCIMIENTOS MÉDICOS PCIA. DE Bn. A.
EXAMEN MÉDICO PREOCUPACIONAL

HISTORIA CLÍNICA N° (Consignar N° Documento)

1. DATOS PERSONALES

DOC: L.E. L.C. D.N.I. APELLIDO: _____ NOMBRES: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: / / EDAD: SEXO: ANTIGÜEDAD:
 ESTADO CIVIL: _____ NIVEL DE EDUCACIÓN: UNIV. SEC. PRIM. S/ FORM. EDUC.
 DOMICILIO: _____ N° _____ LOCALIDAD: _____
 ORGANISMO: _____ DEPENDENCIA: _____
 CARGO: _____ DISTRITO: _____

2. EXAMEN CLÍNICO

ESTADO ACTUAL (N- NORMAL O- OBSERVADO NE- NO EXAMINADO)

EVALUACIÓN CLÍNICA
(MARCAR CON " X " LA COLUMNA CORRESPONDIENTE)

	N	O	NE		N	O	NE
1. Cabeza				9. Abdomen			
2. Cuello				10. Hernias-Eventraciones			
3. Tórax				11. Urogenitales			
4. Pulmones				12. Columna			
5. Glándulas Mamarias				13. Extremidades			
6. Corazón				14. Sistema Nervioso			
7. Examen Vascular Perif.				15. Marcha y postura			
8. Tensión arterial							

Describir en forma explícita y concreta toda anomalía (precediendo al comentario el N° de ítem).

FECHA: / /

Firma y Sello del Médico

3. OFTALMOLOGÍA

AGUDEZA VISUAL, FONDO DE OJO, ETC.:

FECHA: / /

Firma y Sello del Médico Especialista

4. OTORRINOLARINGOLOGÍA

FECHA: / /

Firma y Sello del Médico Especialista

5. PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA

FECHA: / /

Firma y Sello del Médico Especialista

6. ODONTOLOGÍA

FECHA: / /

Firma y Sello del Odontólogo

7. ELECTROCARDIOGRAMA

FECHA: / /

Firma y Sello del Médico Especialista

8. RADIOLOGÍA

TELE DE TÓRAX: _____

PANORÁMICA DE COLUMNA: _____

FECHA: / /

Firma y Sello del Médico Clínico

9. DECLARACIÓN JURADA

Declaro bajo juramento **no estar** en uso de licencia por enfermedad **ni tener** conocimiento de padecer afección alguna

FECHA: / /

Firma del Agente

10. OBSERVACIONES

11. CONCLUSIONES

FECHA: / /

Sello Hospital

Firma y Sello del Director del Hospital

NOTA: ADJUNTAR INFORME DE LABORATORIO