

# 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?

¿Consumo 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:

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**