



DECLARACIÓN JURADA PARA ASPIRANTES QUE NO PASAN POR EVALUACIÓN MÉDICA

	Día	Mes	Año

IDENTIFICACIÓN DEL FUNCIONARIO/A ---ASPIRANTE/A

Nombre y apellido: _____ C.I. _____

Edad: _____ Género: _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

Entre: _____

Solo para funcionarios de la IM:

Lugar de trabajo: _____ Interno: _____

Horario: _____

Tareas que realiza: _____

ANTECEDENTES PERSONALES:

¿Ud. Tiene, ha tenido o sufrido?

Enfermedades crónicas	SI	<p>Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> Cardiopatías <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/></p> <p>Enfermedades respiratorias <input type="checkbox"/> Enfermedades neurológicas <input type="checkbox"/></p> <p>Insuficiencia renal o hepática <input type="checkbox"/> Enfermedades oncológicas <input type="checkbox"/></p> <p>Patología osteoarticular <input type="checkbox"/> Inmunodepresión <input type="checkbox"/> Trasplantes <input type="checkbox"/></p> <p>Obesidad <input type="checkbox"/> Otra <input style="width: 150px;" type="text"/></p>
	NO	<input type="checkbox"/>
Discapacidades (En caso de corresponder, marcar con una cruz)	<p>Sensorial: <input type="checkbox"/></p> <p>Motriz: <input type="checkbox"/></p> <p>Intelectual: <input type="checkbox"/></p>	
Cirugías (En caso de corresponder, indicar cuál/es y fecha/s)	<p>SI <input type="checkbox"/></p> <p>NO <input type="checkbox"/></p>	<p>_____</p> <p>_____</p>

Internaciones (En caso de corresponder, indicar motivo/s)	SI <input type="checkbox"/> _____ _____ NO <input type="checkbox"/>
Medicación Crónica (Indicar cuál/es y dosis)	SI <input type="checkbox"/> _____ _____ NO <input type="checkbox"/>
¿Se encuentra embarazada?	SI <input type="checkbox"/> Semanas _____ NO <input type="checkbox"/>
¿Se encuentra en período de lactancia?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Alguna vez tuvo consumo problemático de sustancias?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Alguna vez sufrió violencia doméstica?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Certificaciones por más de un mes en IM u otro empleo (En caso de corresponder, indicar tiempo y causa)	SI <input type="checkbox"/> _____ _____ NO <input type="checkbox"/>
Accidente/s laboral/es en IM u otro empleo (En caso de corresponder, indicar cuál/es y fecha/s)	SI <input type="checkbox"/> _____ _____ NO <input type="checkbox"/>

La información suministrada tiene carácter de declaración jurada y está sujeta a las penalidades de la ley (art. 239 del Código Penal) "El que, con motivo de otorgamiento o formalización de un documento público ante un funcionario público, prestase una declaración falsa sobre su identidad o estado o cualquier otra circunstancia de hecho será castigado con tres a veinticuatro meses de prisión", pudiendo en cualquier momento exigir la prueba correspondiente.