

ANEXO 1**DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**

El presente documento deberá ser completado en oportunidad de realizarse el Examen Médico Preliminar, en forma manuscrita y firmada por el interesado. Sin este requisito, no se dará curso al trámite de inscripción como postulante al ingreso al SMV.

Este documento se suscribe en el estricto marco de la incorporación del firmante al SMV normado por la Ley 24.429 y reviste carácter de DECLARACIÓN JURADA, por lo que todo ocultamiento o falsa información será pasible de la sanción establecida en el Art 293 del Código Penal.

FECHA:

APELLIDO Y NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD:

LUGAR DE NACIMIENTO:

ESTADO CIVIL:

CI:

DOMICILIO:

PROVINCIA:

TELÉFONO PARTICULAR:

SEXO:

NACIONALIDAD:

DNI:

LOCALIDAD:

CÓDIGO POSTAL:

TELÉFONO CELULAR:

Marque con una cruz en el casillero que corresponda	SÍ	NO	OBSERVACIONES
¿Tuvo que abandonar algún empleo por razones de salud?			
¿Recibió o tiene pendiente alguna indemnización por accidente o enfermedad laboral?			
¿Ha sido exceptuado en alguna oportunidad por algún motivo, a su ingreso al SMV?			
¿Tiene seguro de vida?			Donde:
¿Le ha sido negado en alguna oportunidad una solicitud de seguro de vida?			Donde:
¿Fuma? Explicitar cuántos por día.			
¿Ingiere bebidas alcohólicas? ¿Cuál y en qué cantidad?			
¿Duerme sin inconvenientes? ¿Cuántas horas por día?			
¿Observa alguna dieta en particular? ¿Cuál?			
¿Practica deportes? ¿Cuál/cuáles?			

¿Tiene otros pasatiempos? ¿Cuál/cuáles?			

TIENE O HA TENIDO ALGUNA VEZ (Marcar con una cruz "X")

ENFERMEDAD	SÍ	NO	ENFERMEDAD	SÍ	NO	ENFERMEDAD	SÍ	NO
Mareos o desmayos			Enfermedades de la piel			Úlcera gástrica		
Nerviosismo excesivo			Disfunciones de la visión			Problemas en el duodeno		
Convulsiones			Falta de distinción de los colores			Ictericia		
Dolores de cabeza frecuente			Sordera o disminución de la audición			Trastornos digestivos		
Pesadillas			Supuración de los oídos			Acidez		
Insomnio o falta de sueño			Vértigos o mareos			Glucosa o albumina en orina		
Pérdida de la memoria			Resfriados frecuentes			Hernias		
Neuritis o neuralgia			Dentadura en mal estado			Hemorroides		
Reumatismo			Amigdalitis			Fracturas o luxaciones		
Poliomielitis			Tos crónica			Articulaciones dolorosas o hinchadas		
Brucelosis			Sinusitis			Dificultad o sangrado al orinar		
Depresión			Sangre en el esputo			Pie plano		
Paludismo			Sudores nocturnos			Dolores en los pies		
Fiebre reumática			Pérdida de peso reciente			Dolores en las rodillas		
Enfermedades venéreas			Trastornos en la voz			Dolores de espalda		
Tuberculosis			Dolores de pecho			Dolores de cintura o ciática		
Anemia			Falta de aire			Dolores en el hombro		
Cáncer o tumores			Palpitaciones del corazón			Várices		
Enfermedades cardíacas			Problemas de presión sanguínea			Desviaciones de columna		
Urticaria			Sífilis			Enfermedades nerviosas		
Asma			Alergias			¿Se psicoanaliza?		

Sufrió asma de chico			Bronquitis			Enfermedades genito urinarias		
Pleuresía			Diabetes			Neumotórax		
Disritmia			Cálculos en riñones o vesícula			Epilepsias		
Enfermedad de Chagas			¿Recibió transfusiones de sangre anteriormente?			Hemorragias		
Traumatismo de cráneo			¿Toma medicamentos?			Cuáles:		

SOLO PARA PERSONAL FEMENINO:

ENFERMEDAD	SÍ	NO	ENFERMEDAD	SÍ	NO	ENFERMEDAD	SÍ	NO
Dolores menstruales			Trastornos menstruales			Ausencia de menstruación		
Abortos terapéuticos o espontáneos			Enfermedades mamarias			Intervenciones quirúrgicas en ovarios		
Intervenciones quirúrgicas en útero			Intervenciones quirúrgicas en mamas			Menstruación fuera de ciclo		
Fecha última menstruación								
Fecha último control ginecológico								
Otras intervenciones en el aparato genital								

OPERACIONES:

Afecciones	SÍ	NO	Año - Observaciones
Amígdalas			
Apendicitis			
Hernia			
Hemorroides			
Otras:			

HÁBITOS TÓXICOS:

¿Consumió o consume drogas? SÍ – NO

En caso afirmativo, detalle el nombre y grado de consumo de la misma, y todo otro dato de interés:.....

Si fue droga dependiente, ¿fue asistido en algún centro de rehabilitación? SÍ – NO

En caso afirmativo, detalle el nombre del centro, y todo otro dato de interés:.....

Tiene antecedentes penales por esta causa: SÍ – NO
 En caso afirmativo, detalle el nombre y tipo de la causa, y todo otro dato de interés:.....

Tiene antecedentes familiares con esta causa: SÍ - NO
 En caso afirmativo, detalle el grado de parentesco, y todo otro dato de interés:.....

HISTORIA FAMILIAR:

Completar con una cruz “X”, en el caso que alguno de los familiares haya padecido una de las afecciones/enfermedades descriptas, o si ha fallecido a causa de ellas, consignando la edad

Enfermedad	PARENTESCO							Fallecidos	
	Padre	Madre	Hermano	Hermana	Esposo/a	Abuelo	Abuela	¿Quién?	Edad
Artritis									
Reumatismo									
Asma bronquial									
Cáncer									
Diabetes									
Afecciones cardíacas									
Hipertensión									
Enfermedades urinarias									
Úlcera de estómago									
Úlcera de duodeno									
Tuberculosis									
Enfermedades mentales									

Declaro bajo juramento que todas mis respuestas son verdaderas, y faculto a la autoridad militar correspondiente, a requerir cualquier otro dato que sea de interés a los trámites necesarios, al respecto.

Doy mi expresa conformidad para que se realicen los estudios hematológicos, serológicos, radiológicos y otros que la autoridad sanitaria militar requieran, necesarias para la determinación de aptitud.

Presto mi libre consentimiento, para que se me realicen las pruebas que permitan investigar la presencia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en los términos establecidos por el Decreto Nro 906/95, Artículo 1º (“Las Fuerzas Armadas y de Seguridad adoptarán las medidas que sean más convenientes para la realización de las pruebas diagnósticas necesarias para la detección de portadores del virus HIV, tanto en lo que respecta a interesados a ingresar a las mismas como al personal de sus cuadros permanentes y plantas básicas de su personal civil”).

Asimismo, presto mi expresa conformidad para que la autoridad sanitaria militar verifique y cumpla con las exigencias establecidas en el calendario nacional de vacunación, como así también con otras vacunas que por necesidades del régimen del servicio sean necesarias de aplicación.

Apellido/s y Nombre/s:

Lugar y fecha:

Firma del postulante