



3 de Febrero 2761 – 4° Piso (Casa del Foro) – Tel/Fax: (0342) 4580-254 – C.P.: S3000DEG – Santa Fe  
Delegación: Montevideo 2080 – Tel/Fax: (0341) 4402-074 – C.P.: S2000BSP – Rosario

## **DECLARACIÓN JURADA DE ANTECEDENTES DE SALUD**

### **A) DATOS DEL SOLICITANTE**

1. Apellido/s y Nombre/s: \_\_\_\_\_
2. Tipo y Número de Documento: \_\_\_\_\_
3. Titular o vínculo familiar: \_\_\_\_\_

### **B) ENFERMEDADES Y/O MALFORMACIONES CONGÉNITAS**

- a. CARDÍACAS: \_\_\_\_\_
- b. NEUROLÓGICAS: \_\_\_\_\_
- c. MÚSCULO ESQUELÉTICAS: \_\_\_\_\_
- d. OTRAS: \_\_\_\_\_

### **C) ENFERMEDADES ADQUIRIDAS**

- a. CARDIOVASCULARES: \_\_\_\_\_
- b. APARATO RESPIRATORIO: \_\_\_\_\_
- c. APARATO DIGESTIVO: \_\_\_\_\_
- d. NEUROLÓGICAS – SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: \_\_\_\_\_
- e. NEUROLÓGICAS – SISTEMA NERVIOSO PERIFÉRICO: \_\_\_\_\_
- f. GENITOURINAS – RENALES: \_\_\_\_\_
- g. GENITOURINAS – VÍAS URINARIAS: \_\_\_\_\_
- h. GENITOURINAS – APARATO GENITAL: \_\_\_\_\_
- i. MÚSCULO ESQUELÉTICAS: \_\_\_\_\_
- j. SANGRE Y ÓRGANOS LINFÁTICOS: \_\_\_\_\_
- k. ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS – VISIÓN: \_\_\_\_\_
- l. ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS – AUDICIÓN: \_\_\_\_\_
- m. ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS – OLFATO: \_\_\_\_\_
- n. ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS – GUSTO: \_\_\_\_\_
- o. PSIQUIÁTRICAS: \_\_\_\_\_
- p. GLANDULARES: \_\_\_\_\_
- q. OTRAS: \_\_\_\_\_

### **D) ENFERMEDADES – SÍNTOMAS – SIGNOS SELECCIONADOS**

- a. DIABETES: \_\_\_\_\_
- b. HIPERTENSIÓN: \_\_\_\_\_
- c. ALERGIA: \_\_\_\_\_
- d. ENFERMEDADES INFECCIOSAS (HIV SIDA, HEPATITIS, etc.): \_\_\_\_\_
- e. ALTERACIÓN DE LÍPIDOS: \_\_\_\_\_

Todos los datos consignados en este ejemplar revisten carácter de DECLARACIÓN JURADA



**3 de Febrero 2761 – 4° Piso (Casa del Foro) – Tel/Fax: (0342) 4580-254 – C.P.: S3000DEG – Santa Fe  
Delegación: Montevideo 2080 – Tel/Fax: (0341) 4402-074 – C.P.: S2000BSP – Rosario**

- f. ADICCIÓN A DROGAS – MEDICAMENTOS: \_\_\_\_\_
- g. ABUSO ALCOHOL: \_\_\_\_\_
- h. TABAQUISMO: \_\_\_\_\_
- i. TUMORES: \_\_\_\_\_
- j. INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS: \_\_\_\_\_
- k. EMBARAZO ACTUAL: \_\_\_\_\_
- l. GESTOSIS (manifestaciones toxémicas del embarazo): \_\_\_\_\_
- m. ABORTOS ESPONTÁNEOS: \_\_\_\_\_
- n. CESÁREAS: \_\_\_\_\_
- o. OTRAS: \_\_\_\_\_

**E) MEDICAMENTOS DE USO HABITUAL:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**F) ACLARACIONES:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Declaro bajo juramento y me doy por notificado/a de las disposiciones de la Ley 10.727, entregándose en este acto un ejemplar de la misma.

\_\_\_\_\_  
*Firma*

\_\_\_\_\_  
*Aclaración*