



Fecha:/...../.....

LA PRESENTE TIENE VALIDEZ COMO DECLARACIÓN JURADA

1) DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre: L.C/L.E/DNI N°:

Fecha de nacimiento:/...../..... Lugar de nacimiento:

Edad: Sexo: Femenino - Masculino Estado civil:

Domicilio actual:

Cargo propuesto: Titular - Suplente - Contratado - Interino - Transitorio

Establecimiento: Antigüedad:

¿Se ha realizado el examen de aptitud psicofísica con anterioridad? Si - No ¿Cuándo?

Personas con las que convive:

Estudios cursados					
	Completo	Incompleto	En curso	Título obtenido	Año graduación
Primario					
Secundario					
Terciario					
Universitario					
Otros					

2) REGISTRO DE HISTORIA PERSONAL

A) _Historia laboral

A1) _Puesto y trabajos anteriores

Año:	Lugar:
Año:	Lugar:
Año:	Lugar:

A2) _¿Tuvo que abandonar algún ejemplo por razones de salud?

Sí No Motivo:

A3) _¿Recibió o tiene pendiente una indemnización por accidente o enfermedad profesional?

Sí No Motivo:

A4) _¿Le ha sido negado algún seguro de vida?

Sí No Motivo:

B)_ Hábitos fisiológicos

- B1)_ ¿Posee un apetito normal? Si No
- B2)_ ¿Realiza alguna dieta? Si No ¿Cuál?:
- B3)_ ¿Tiene sueño tranquilo? Si No Hs. de sueño:
- B4)_ ¿Tiene constipación? Si No
- B5)_ ¿Realiza algún deporte? Si No ¿Cuál?:

C)_ Hábitos tóxicos

- C5)_ ¿Fuma? Si No ¿Desde cuándo?:
Cant. por día:
- C5)_ ¿Toma bebidas
alcoholicas? Si No ¿Cuáles?:
¿Cuánto?:
¿Cuándo?:
- C5)_ ¿Consume drogas? Si No ¿Cuáles?:
- C5)_ ¿Se automedica? Si No Medicación:
Frecuencia:

D)_ Servicio militar obligatorio

- Si No Causa de excepción:

E)_ Antecedentes gineco-obstétricos

- E1)_ Edad en que menstruó por primera vez (menarca):
- E2)_ Fecha de la última menstruación: / /
- E3)_ ¿Tiene alteraciones menstruales? Si No
- E4)_ ¿Embarazos? Si No ¿Cuántos?: Parto normal:
Cesáreas: Abortos:
- E5)_ ¿Tiene una patología mamaria? Si No ¿Cuáles?:
- E6)_ ¿Tiene antecedentes familiares de cáncer de mama? Si No Parentesco:

F)_ Antecedentes familiares

¿Tienen o han tenido sus parientes (considerar padre, madre, hermanos, cónyuges e hijos) algunas de las enfermedades que se nombran a continuación?

	Si	No	¿Quién?
Artritis			
Reumatismo			
Cáncer (¿Cuál)			
Enfermedad cardíaca (¿Cuál)			
Tensión alta			
Enfermedad renal (Urinarias)			
Tuberculosis			
Enfermedades Mentales			

¿Todos estos familiares viven? Si No

¿Quiénes fallecieron?

Causa:

Edad:

G)_ ANTECEDENTES PERSONALES PATÓLOGICOS

¿Tiene o ha tenido algunas de las enfermedades que se nombran a continuación?

	Si	No	¿Cuál?
Diabetes			
Hipertensión			
Enfermedad cardíaca			
Alergia			
Asma			
Cálculos renales			
Infección urinaria			
Hepatitis			
Chagas			
Brucelosis			
Toxoplasmosis			
Trans. Psiquiátricos			

	Si	No	¿Cuál?
Enf. Venéreas			
Alt. Endocrinas			
Artritis			
Enf. Piel			
Epilepsia			
Úlcera gástrica			
Gastritis			
Hemorroides			
Hernias			
Sinusitis			
Cáncer o tumores			
Várices			
Otras			

¿Tiene o ha tenido alguna vez?

	Si	No	¿Cuál?
Mareos o desmayos			
Convulsiones			
Dolores de cabeza			
Neuralgia o neuritis			
Depresión			
Trans. oculares			
Supuración de oídos			
Resfríos frecuentes			
Tos crónica			
Sudores nocturnos			
Pérdida de peso			
Dolores en el pecho			

	Si	No	¿Cuál?
Falta de aire			
Palpitaciones			
Acidez			
Dificultad p/ orinar			
Sangre en orina			
Articulac. Hinchadas			
Lumbalgia			
Citalgia			
Desviación de columna			
Fracturas			
Traumatismos			
Cirugías			
Internaciones			

¿Ha tenido o tiene licencias médica de largo tratamiento?

Firma y aclaración del postulante: DNI: