

San Juan,de.....de 20.....

La presente Declaración Jurada de Antecedentes de Salud, tiene por objeto dejar plenamente establecido su estado de salud y el de su grupo familiar del/de la postulante en DAMSU SAN JUAN. La comprobación ulterior de omisión o falsedad de datos consignados o tergiversación de los mismos pueden generar la anulación de la postulación, sin perjuicio de las acciones legales que pudieran corresponder.

Datos del/de la Solicitante _____

Nombre y apellido: DNI:

Antecedentes (Coloque SI/NO. En el caso que la respuesta sea SI, indique patología. Ejemplo: en el apartado "Hormonal" coloque "Hipotiroidismo" o en "Cardiovascular" coloque "Hipertensión").

	SI	NO	DIAGNÓSTICO
CARDIOVASCULAR			
APARATO RESPIRATORIO			
APARATO DIGESTIVO			
RENAL - URINARIOS			
MUSCULOESQUELÉTICOS			
NEUROLÓGICOS			
PSIQUIÁTRICOS			
SANGRE - LINFÁTICOS			
VISIÓN			
AUDICIÓN			
GINECOLÓGICOS			
EMBARAZO ACTUAL			
DIABETES			
DISLIPEMIAS			
ADICCIONES			
CIRUGÍAS			
TUMORES			
HORMONAL			
INFERTILIDAD			
TRATAMIENTO ONCOLÓGICO			
ENF. AUTOINMUNES			

Medicación de uso habitual:

.....

Auditoría Médica _____

firma y aclaración del/de la solicitante

Se corrobora en sistema el consumo prestacional y de farmacia.

 S/Patología C/Patología

firma y sello de Auditoría Médica