



SECRETO MÉDICO

**DECLARACION JURADA DE SALUD****A COMPLETAR POR EL ASPIRANTE A AUXILIAR DE ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS****DATOS PERSONALES**

APELLIDO Y NOMBRES:		ESTADO CIVIL:			
NACIONALIDAD:	LUGAR DE NACIMIENTO:	FECHA DE NACIMIENTO:	SEXO:		
TIPO Y Nº DE DOCUMENTO:					
DOMICLIO – CALLE:		Nº	PISO	DEPTO.	BARRIO
LOCALIDAD:		DISTRITO:		CODIGO POSTAL:	
E-MAIL:		¿TIENE TRABAJO?: SI / NO			
DGCYE (indicar escuela)		OTRO (donde):			

CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS	SI	NO	MARQUE LOS CASILLERO CORRESPONDIENTES
¿TUVO QUE ABANDONAR ALGUN EMPLEO POR RAZONES DE SALUD?			MOTIVO:
¿RECIBIO O TIENE PENDIENTE UNA INDEMNIZACION POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD PROFESIONAL?			MOTIVO:
¿LE HA SIDO NEGADO ALGUNA VEZ UN SEGURO DE VIDA?			MOTIVO:
¿FUMA O HA FUMADO?			¿CUANTOS POR DIA? EN CASO DE HABER DEJADO DE FUMAR, INDIQUE HACE CUANTOS AÑOS :
¿TOMA BEBIDAS ALCOHOLICAS?			¿CUANTAS VECES A LA SEMANA? ¿CUANTOS VASOS? ¿CUALES?
¿HACE ALGUNA DIETA?			¿CUAL?
¿REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA?			¿HA TENIDO ALGUN IMPEDIMENTO PARA HACER?
USA LENTES			
USA AUDIFONO			
USA ALGUN TIPO DE PROTESIS O DISPOSITIVO			

**HISTORIA FAMILIAR**

Tiene o han tenido sus parientes algunas de las enfermedades que se enumeran a continuación

(en caso afirmativo, indique con una X)

PARIENTES	ENFERMEDAD										VIVOS?	FALLECIDOS	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	SI / NO	CAUSA	EDAD
Padre													
Madre													
Hermanos													
Hermanas													
Esposa													
Hijos													

- |                              |                                 |                 |
|------------------------------|---------------------------------|-----------------|
| 1) Artritis o reumatismo     | 2) Asma bronquial               | 3) Cáncer       |
| 4) Diabetes                  | 5) Afecciones cardíacas         | 6) Hipertensión |
| 7) Enfermedad renal urinaria | 8) Úlcera de estómago o duodeno | 9) Tuberculosis |
| 10) Enfermedades mentales    |                                 |                 |

TIENE ACTUALMENTE O HA TENIDO ALGUNA VEZ

(Marque con una X si ó no, según corresponda)

	SI	NO		SI	NO
Mareos o desmayos			Sinusitis		
Nerviosismo excesivo			Sangre en el esputo		
Convulsiones			Sudores nocturnos		
Dolores de cabeza frecuentes			Pérdida de peso reciente		
Pesadillas			Dolores en el pecho		
Pérdida de memoria			Falta de aire		
Neuritis o neuralgias			Palpitaciones del corazón		
Brucelosis			Presión sanguínea alta		
Depresión			Úlcera gástrica o duodenal		
Paludismo			Ictericia		
Fiebre reumática			Indigestión frecuente		
Enfermedades venéreas			Acidez		
Tuberculosis			Glucosa o albúmina en orina		
Cáncer u otro tumor			Hernias		
Asma o fiebre de heno			Hemorroides		
Sífilis, HIV			Hepatitis B, C		
Urticaria			Articulaciones dolorosas o hinchadas		

	SI	NO		SI	NO
Enfermedades de la piel			Dificultad para orinar o sangre en orina		
Trastornos en los ojos o dificultad p/ ver			Fracturas o luxación		
Disminución de audición			Dolores en los pies o pies planos		
Supuración de oídos			Dolores en la rodilla		
Resfríos frecuentes			Dolor en la espalda, cintura o ciática		
Dentadura en mal estado			Dolor en el hombro		
Amigdalitis			Várices		
Tos crónica					

**OPERACIONES**

Ha sido Ud. operado de:	SI	NO	AÑO	OTRAS OPERACIONES	AÑO
Amigdalitis					
Apendicitis					
Hernias					
Hemorroides					
Otras					

POSEE CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD  
(En caso afirmativo adjuntar copia)

SI

NO

¿TIENE HIPERTENSIÓN? \_\_\_\_\_ ¿ESTA CONTROLADO/A? \_\_\_\_\_

¿TIENE DIABETES? \_\_\_\_\_ ¿ESTA CONTROLADO/A? \_\_\_\_\_

¿TOMA ALGUN TIPO DE MEDICACIÓN? \_\_\_\_\_ ¿QUE TOMA ? \_\_\_\_\_

FRECUENCIA (Marque con una X): MENSUAL \_\_\_\_\_ TRIMESTRAL \_\_\_\_\_ SEMESTRAL \_\_\_\_\_ ANUAL \_\_\_\_\_

SUFRE ALGUNA OTRA ENFERMEDAD CRÓNICA (COMO CELIAQUIA, SECUELAS ACV, EPILEPSIA, EPOC, CONVULSIONES, ETC? \_\_\_\_\_

EN CASO AFIRMATIVO ESPECIFICAR \_\_\_\_\_

PESO:	ALTURA:
-------	---------

**COVID-19**

¿Tuvo COVID-19? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

En caso afirmativo: Requirió Internación: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

En caso afirmativo ¿Tiene secuelas? ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

¿Se inscribió en el plan de vacunación contra el covid-19? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

EN CASO AFIRMATIVO	SI	NO	FECHA DE VACUNACIÓN	FECHA DE TURNO
¿Recibió la primera dosis del plan?				
¿Recibió la segunda dosis del plan?				

**VACUNAS:**

Tiene las siguientes vacunas:

	SI	NO	FECHA DE VACUNACIÓN
Hepatitis B			
Doble Adultos o triple bacteriana acelular (difteria / tétanos/ tos con convulsa)			
Doble / Triple Viral (sarampión, rubéola y paperas)			
Antigripal			

En caso de no estar vacunado, acepta vacunarse: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

*Declaro que la información suministrada es completa y verídica..*

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Fecha**

\_\_\_\_\_

**FIRMA DEL INTERESADO**

\_\_\_\_\_

**DNI**





GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES  
2021 - Año de la Salud y del Personal Sanitario

**Hoja Adicional de Firmas**  
**Informe gráfico**

**Número:**

**Referencia:** Declaración Jurada de Salud de Aspirantes a Auxiliares

---

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 4 pagina/s.