

DECLARACIÓN JURADA SOBRE PADECIMIENTOS DE AFECCIONES

Debe ser completada en forma personal por el solicitante, debiendo saber leer y escribir en el idioma nacional. A los responsables del examen psicofísico: cumpliendo con el Art. 14 del Decreto N° 2311/99, completo la declaración jurada (marque SI o NO donde corresponda; donde figura una (x) significa: en caso afirmativo complete en observaciones).

- | | | |
|--|--------------------------|-----|
| 01 - ¿Tiene recetado anteojos para ver de lejos? _____ | <input type="checkbox"/> | |
| 02 - ¿Tiene recetados lentes de contacto? _____ | <input type="checkbox"/> | |
| 03 - ¿Tiene ojos desviados? _____ | <input type="checkbox"/> | |
| 04 - ¿Es ciego de un ojo o tiene prótesis? _____ | <input type="checkbox"/> | |
| 05 - ¿Le han realizado alguna operación ocular? _____ | <input type="checkbox"/> | |
| 06 - ¿Confunde colores? _____ | <input type="checkbox"/> | |
| 07 - ¿Padece sordera? _____ | <input type="checkbox"/> | |
| 08 - ¿Padece disminución de audición? _____ | <input type="checkbox"/> | |
| 09 - ¿Padece alguna patología auditiva? _____ | <input type="checkbox"/> | |
| 010 - ¿Le han realizado alguna cirugía en el oído? _____ | <input type="checkbox"/> | |
| 011 - ¿Usa audifono o implante coclear? _____ | <input type="checkbox"/> | |
| 012 - ¿Presenta disminución de la fuerza y/o movilidad de algún miembro o cuello? _____ | <input type="checkbox"/> | |
| 013 - ¿Le falta algún miembro total o parcial? _____ | <input type="checkbox"/> | (x) |
| 014 - ¿Ha sufrido algún traumatismo craneo encefálico con o sin pérdida de conocimiento? _____ | <input type="checkbox"/> | |
| 015 - ¿Padece alguna afección neurológica? _____ | <input type="checkbox"/> | |
| 016 - ¿Está o estuvo en tratamiento psiquiátrico? _____ | <input type="checkbox"/> | |
| 017 - ¿Está o estuvo en tratamiento psicológico? _____ | <input type="checkbox"/> | |
| 018 - ¿Tuvo alguna internación por causa psicológica o psiquiátrica? _____ | <input type="checkbox"/> | (x) |
| 019 - ¿Padece o padeció alguna enfermedad cardíaca? Ej.: Infarto, arritmias, afecciones valvulares, fiebre reumática, miocardiopatías, malformación congénita, etc.? _____ | <input type="checkbox"/> | (x) |
| 020 - ¿Padece de hipertensión arterial? _____ | <input type="checkbox"/> | |
| 021 - ¿Usa marcapasos? _____ | <input type="checkbox"/> | |
| 022 - ¿Padece o padeció alguna enfermedad de riñón, vías urinarias, aparato digestivo? _____ | <input type="checkbox"/> | (x) |
| 023 - ¿Padece de hemofilia a algún trastorno de coagulación? _____ | <input type="checkbox"/> | |
| 024 - ¿Padece de diabetes? _____ | <input type="checkbox"/> | |
| 025 - ¿Es insulino dependiente? _____ | <input type="checkbox"/> | |
| 026 - ¿Tuvo contacto accidental o profesionalmente con materiales peligrosos (plaguicidas, sustancias radioactivas, etc.)? _____ | <input type="checkbox"/> | (x) |
| 027 - ¿Toma algún medicamento en forma continua o discontinua? _____ | <input type="checkbox"/> | (x) |
| 028 - ¿Ha tomado en las últimas 24 horas alguna medicación? _____ | <input type="checkbox"/> | (x) |
| 029 - ¿Padece alguna otra enfermedad que no haya detallado? _____ | <input type="checkbox"/> | (x) |
| 030 - ¿Es alérgico? _____ | <input type="checkbox"/> | (x) |
| 031 - ¿Es alérgico a alguna medicación? _____ | <input type="checkbox"/> | (x) |
| 032 - ¿Tiene alguna otra discapacidad no detallada? _____ | <input type="checkbox"/> | (x) |
| 033 - ¿Padece asma o insuficiencia respiratoria? _____ | <input type="checkbox"/> | |
| 034 - ¿Ha padecido pérdida de conocimiento, mareos, zumbidos? _____ | <input type="checkbox"/> | (x) |
| 035 - ¿Sufre o a sufrido ataques de epilepsia? _____ | <input type="checkbox"/> | |
| 036 - ¿Consume habitualmente bebidas alcohólicas? _____ | <input type="checkbox"/> | |
| 037 - ¿Fuma habitualmente? Indique en observaciones cantidad de cigarrillos diarios _____ | <input type="checkbox"/> | (x) |
| 038 - ¿Posee jubilación por invalidez? _____ | <input type="checkbox"/> | |

Observaciones: _____

El que suscribe afirma que la declaración jurada ha sido completa correctamente, sin omisión ni falsear dato alguno, siendo fiel expresión de la verdad y de no cumplirse será pasible de las sanciones previstas en el Art. N° 275 del Código Penal - FALSO TESTIMONIO.

.....
Firma del Solicitante