

DECLARACIÓN JURADA DE ESTADO DE SALUD
Para uso exclusivo del Departamento de Servicios Sociales

- 1. Datos personales:** Matrícula N°: _____
 1.1. Apellido y Nombres: _____ Sexo: _____
 1.2. Lugar y fecha de nacimiento: _____ / ____ / ____ Tipo y N° de documento: _____
 1.3. Estado civil: _____ Nupcias: _____ Parentesco con el titular: _____
 1.4. Composición del grupo familiar: _____
 1.5. Domicilio actual: _____

2. Antecedentes hereditarios:
Enfermedades familiares: _____

- 3. Antecedentes personales:**
 3.1. Afecciones padecidas (especificar cuáles):
 Cardiocirculatorias Digestivas Neurológicas Osteoarticulares Psiquiátricas Respiratorias
 3.2. Otras no especificadas: _____
 3.3. ¿Se recomendaron intervenciones quirúrgicas? **SI / NO** ¿Cuál? _____
 3.4. ¿Estuvo alguna vez internado **SI / NO** Especifique clínica/s y fecha/s _____

- 4. Estado actual:**
 4.1. Especificar tipo de afecciones padecidas en los últimos 6 meses, tratamiento y medicación prescrita: _____
 4.2. ¿Realizó estudios tales como ecografías, tomografías, resonancias magnéticas, etc.? **SI / NO**
 4.3. ¿La visión es normal? **SI / NO** ¿La audición es normal? **SI / NO**
 4.4. Medicamentos habituales o permanentes: _____
 4.5. ¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento o atención médica? **SI / NO** ¿Desde cuándo? _____
 Motivo: _____
 4.6. ¿Quién lo está atendiendo profesionalmente? _____
 M.P.: _____ Domicilio: _____
 4.7. Si el proponente fuere de sexo femenino debe indicar aquí si ha sufrido alguna vez de enfermedades ginecológicas, si actualmente está embarazada, y cuántos embarazos ha tenido: _____

5. Antecedentes quirúrgicos y accidentes:
Especificar cuáles y fecha de los mismos: _____

6. Grado de incapacidad actual:
Por accidentes y otras causas (en caso de tenerlas): _____

DECLARO bajo juramento que los datos consignados precedente son exactos, obligándome a cumplir el Reglamento Interno del Departamento de Servicios Sociales, que manifiesto conocer; sometiéndome al mismo y a todas las resoluciones, normas y disposiciones que el H. Consejo Directivo de Administración ha establecido y establecido y establezca para los servicios asistenciales médicos.

Declaro bajo juramento no padecer enfermedad alguna, excepción hecha de las que precedentemente enumeré. Declaro conocer y aceptar expresamente y sin ningún tipo de reservas los períodos vigentes de carencia para todas aquellas prestaciones originadas en enfermedades preexistentes a la fecha de mi ingreso, eventuales complicaciones o consecuencias directas y/o indirectas de las mismas, las que no serán cubiertas por el Departamento de Servicios Sociales del CPCE hasta el cumplimiento de los mismos, notificándome fehacientemente de todo lo antes expuesto.

Firma del declarante _____
Firma del titular del grupo

Aclaración: _____ Aclaración: _____

Carencia	Enfermedad	F. Proc.	Autorización
____ / ____ / ____	_____ _____	____ / ____ / ____	



Consejo Profesional
de Ciencias Económicas
de Córdoba
