

DECLARACION JURADA

FECHA:.....

APELLIDOS Y NOMBRES:.....

JERARQUÍA:..... **DESTINO:**.....

DNI:..... **LEGAJO**..... **EDAD:**..... **TELEFONO**.....

DOMICILIO DE RESIDENCIA.....

DATOS: PESO..... **TA**..... **TALLA:**.....

CAB:..... **IMC:**

RECIBE TRATAMIENTO MEDICO: SI NO
(ESPECIFIQUE).....

ES ALÉRGICO: SI NO
(ESPECIFIQUE).....

REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA SI NO
1X SEMANA 3XSEMANA 5XSEMANA

TRAUMATISMO EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES SI NO
(ESPECIFIQUE).....

1) DOLOR ÓSEO O MUSCULAR SI NO
(ESPECIFIQUE).....

2) CIRUGÍAS ÚLTIMOS SEIS MESES SI NO
(ESPECIFIQUE).....

3) TOMA SUPLEMENTOS SI NO

4) FECHA DE ULTIMO PARTO **FUM**.....

5) ANTECEDENTES PERSONALES:

- | | | | |
|------------------------------------|----|----|--------------|
| • TABAQUISMO | NO | SI | (X DIA)..... |
| • ALCOHOLISMO | NO | SI | |
| • DIABETES | NO | SI | |
| • ANEMIA | NO | SI | |
| • ANT. CARD. VASC. H.T.A RT. | NO | SI | |
| • ARRITMIA | NO | SI | |

PADECE FRECUENTEMENTE DE:

- | | | |
|----------------------------|----|----|
| • CONVULSIONES | NO | SI |
| • CEFALEAS | NO | SI |
| • MAREOS | NO | SI |
| • DESMAYOS | NO | SI |
| • TOS | NO | SI |
| • DOLOR TORÁCICO | NO | SI |
| • DIARREA | NO | SI |
| • DOLOR ARTICULAR | NO | SI |
| • ALTERACIONES EMOCIONALES | NO | SI |

FIRMA

MEDICO AUDITOR

ACLARACIÓN:

FECHA Y HORA: