



POLICÍA DE LA PROVINCIA DE JUJUY
DIRECCIÓN SANIDAD POLICIAL Y MEDICINA LEGAL
 Avenida Santibáñez Nro. 1372
 Tel. (0388) 4830309



San Salvador de Jujuy, _____ del mes de _____ del _____.

DECLARACIÓN JURADA.
INCORPORACIÓN A LA POLICIA DE JUJUY

El presente documento deberá ser completado en oportunidad de realizarse el Examen Médico Físico Preliminar, en forma manuscrita y firmada por el interesado. Sin este requisito, no se dará curso al trámite de incorporación del interesado en postular ingreso a la Policía de la Provincia de Jujuy.

Este documento reviste carácter de DECLARACIÓN JURADA, por lo que todo ocultamiento o falsa información será pasible de la sanción establecida en el Art 293 del Código Penal (*"Será reprimido con reclusión o prisión de uno a seis años, el que insertare o hiciere insertar en un instrumento público declaraciones falsas, concernientes a un hecho que el documento deba probar, de modo que pueda resultar perjuicio"*).

El/la que suscribe,
D.N.I. N° BAJO JURAMENTO DE LEY Y DEMAS FORMALIDADES LEGALES DECLARA:

DATOS PERSONALES:

NACIONALIDAD: _____ EDAD: _____ SEXO: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: _____ LUGAR DE NACIMIENTO: _____
 _____ DOMICILIO (incluya Localidad): _____

 ESTADO CIVIL: _____ TELÉFONO CELULAR: _____ TELÉFONO FIJO: _____
 CORREO ELECTRÓNICO: _____

DATOS MÉDICOS:

1) ANTECEDENTES PERSONALES: (Marque con una X las enfermedades padecidas)

	SI	NO		SI	NO
DOLOR ARTICULAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	COLICOS HEPATICOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIABETES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CIRUGIA APENDICE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SARAMPION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CIRUGIA HERNIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RUBEOLA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CIRUGIA VESICULAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VARICELA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MICOSIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EPILEPSIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LUMBALGIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TUBERCULOSIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PRESION ALTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HEPATITIS (Tipo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ASTIGMATISMO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PERDIDA DE CONOCIMIENTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MIOPIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COLICOS RENALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ASMA BRONQUIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			ANEMIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



POLICÍA DE LA PROVINCIA DE JUJUY
DIRECCIÓN SANIDAD POLICIAL Y MEDICINA LEGAL
Avenida Santibáñez Nro. 1372
 Tel. (0388) 4830309



2) PADECE FRECUENTEMENTE DE: (Marque con una X las enfermedades padecidas)

	SI	NO		SI	NO
CONVULSIONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DEPRESIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CEFALEAS (dolores de cabeza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ALTERACIONES PSIQUIÁTRICAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SINDROME VERTIGINOSO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DOLOR DE CINTURA/ CIATICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MAREOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FRACTURAS O LUXACIONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DESMAYOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DOLOR TORÁXICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DOLOR DE ESPALDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ENFERMEDADES DIGESTIVAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FOBIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3) ENCIERRE LO QUE CORRESPONDA:

- 1) RECIBE TRATAMIENTO MÉDICO: SI NO
 ESPECIFIQUE EN QUE:
- 1) ES ALÉRGICO: SI NO
 ESPECIFIQUE A QUE:
- 2) REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA SI NO
 1 x semana 3 x semana 5 x semana
- 3) TRAUMATISMO EN LOS ULTIMOS TRES MESES SI NO
 ESPECIFIQUE:
- 4) DOLOR ÓSEO MUSCULAR SI NO
 ESPECIFIQUE:
- 5) CIRUGIAS EN LOS ULTIMOS 6 MESES SI NO
 ESPECIFIQUE:
- 6) TOMA SUPLEMENTOS SI NO
 ESPECIFIQUE:
- 7) CONSUME TABACO SI NO
- 8) CONSUMIÓ/ E DROGA ALGUNA VEZ SI NO
- 9) CONSUME ALCOHOL SI NO
- 10) USA ANTEOJOS SI NO
- ESPECIFIQUE:
- 11) FECHA DE ÚLTIMO PARTO FECHA DE LA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN

 Firma del Postulante

 Aclaración del Postulante
Fecha y Hora:

 Firma del Medico Auditor