

SUPLEMENTO 5 (Modelo de Declaración Jurada de Salud) A LAS NORMAS PARA EL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO

1. Conceptos generales

La presente Declaración Jurada de Salud, deberá ser llenada en oportunidad del Examen Médico Preliminar (Subetapa inscripciones finales), en forma manuscrita y firmada por el interesado.

Sin este requisito no se dará curso al trámite de inscripción como postulante para el ingreso.

Se debe informar a cada ciudadano que este documento reviste carácter de Declaración Jurada, por lo que todo ocultamiento o falsa información es causa para ser pasible de las sanciones vigentes (Art 293 del Código Penal).

2. Modelo del formulario

FECHA: APELLIDO Y NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO: EDAD:SEXO:

LUGAR DE NACIMIENTO:NACIONALIDAD:

ESTADO CIVIL: HIJOS:DNI:

DOMICILIO:LOCALIDAD:

PROVINCIA:TELÉFONO:

Marque con una X en el casillero que corresponda	SI	NO	
¿Tuvo que abandonar algún empleo por razones de salud?			Motivo
¿Recibió o tiene pendiente alguna indemnización por accidente o enfermedad profesional?			Motivo
¿Ha sido exceptuado del Servicio Militar?			Motivo
¿Le ha sido negado alguna vez algún seguro de vida?			Motivo
¿Tiene seguro de vida?			¿Donde?

HÁBITOS

¿Fuma Ud?	SI	NO	¿Cuántos por día?
¿Toma bebidas alcohólicas?			¿Cuáles? ¿Cuántas por día?
¿Tiene sueño tranquilo?			¿Cuántas horas duerme?
¿Observa alguna dieta?			¿Cuál?
¿Practica deportes?			¿Cuáles?
¿Tiene otros pasatiempos?			¿Cuáles?

HISTORIA FAMILIAR

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

En caso de sí indique quién con una X

ENFERMEDAD	PARIENTES VIVOS					PARIENTES FALLECIDOS	
	PADRE	MADRE	HERMA-NOS	HERMA-NAS	ESPOSO	CAUSAS	EDAD
Artritis o Reumatismo							
Asma bronquial							
Cáncer							
Diabetes							
Afecciones cardíacas							
Hipertensión							
Enf. renal (urinaria)							
Úlcera de estómago o duodeno							
Tuberculosis							
Enf. mentales							

TIENE O HA TENIDO ALGUNA VEZ (Marque con una X)

ENFERMEDAD	SI	NO	ENFERMEDAD	SI	NO	ENFERMEDAD	SI	NO
Mareos o desmayos			Enfermedad de la piel			Úlcera gástrica/duodenal.		
Nerviosismo excesivo			Trastornos en los ojos o dificultades en la visión			Ictericia		
Convulsiones			Distingue los colores			Trast digestivos		
Dolores de cabeza frecuentes			Sordera o disminución de audición			Acidez		
Pesadilla Insomnio			Supuración de oídos			Glucosa o albúmina en orina		
Per. de memoria			Vértigo o mareos			Hernias		
Neuritis o neuralgia			Resfríos frecuentes			Hemorroides		
Reumatismo			Dentadura en mal estado			Fracturas o luxaciones		
Poliomielitis			Amigdalitis			Articulaciones dolorosas o hinchadas		
Brucelosis			Tos crónica			Dificultades al orinar o sangre en la orina		
Depresión			Sinusitis			Dolores en los pies o pie plano		
Paludismo			Sangre en el esputo			Dolores en la rodilla		
Fiebre			Sudores nocturnos			Dolor de espalda		

reumática					cintura o ciática		
Enf. venéreas Tuberculosis			Pérdida de peso reciente		Dolor en el hombro		
Anemia			Trastornos en la voz		Várices		
Cáncer u otro tumor			Dolores de pecho		Desviación de columna		
Enf. Cardíaca			Falta de aire		Enf. nerviosas		
Urticaria			Palpitaciones del corazón		Se psicoanaliza		
Asma			Presión sanguínea		Trastornos menstruales		
Sufrió asma de chico			Sífilis		Dolor menstrual		
Bronquitis			Alergia		Menstruaciones fuera de ciclo		
Pleuresía			Diabetes		Ausencia de menstruación		
Neumotórax			Cálculos		Abortos		
Enf de Chagas			Enfermedades genito-urinarias		Patologías mamarias		
Epilepsia o disritmia			Hemorragias		Fecha última menstruación		
Traumatismo de cráneo			Recibió transfusiones de sangre		Medicamentos que toma		

OPERACIONES

HA SIDO OPERADO DE	SI	NO	AÑO	OTRAS OPERACIONES	AÑO
Amígdalas					
Apendicitis					
Hernia					
Hemorroides					
Mioma uterino					
Quiste de ovario					
Nódulo de mama					

HÁBITOS TÓXICOS

	SI	NO
Consumió o consume drogas		

En caso afirmativo mencione el nombre de las mismas:

.....

Si fue drogadependiente, fue asistido en algún centro de rehabilitación SI/ NO.

En caso afirmativo mencione el nombre del mismo:

Tiene antecedentes penales por esta causa. SI/ NO.

Tiene antecedentes familiares por esta causa. SI/ NO.

Declaro bajo juramento que mis respuestas son verdaderas y faculto a la autoridad militar sanitaria correspondiente a requerir cualquier otro dato al respecto.

Asimismo presto mi expresa conformidad para que se efectúen estudios hematológicos, radiológicos, etc., que las autoridades militares sanitarias consideren necesarios para la clasificación final de aptitud.

Apellido y nombre:

Lugar y fecha:

Firma:

Aclaración:

DNI del postulante:

**RESERVADO PARA USO EXCLUSIVO DE LOS MÉDICOS
HISTORIA CLÍNICA**

Aspecto general: Defectos físicos: Estatura: Peso: Temp: Piel y cel. subcutáneo: Ganglios: Bucodental: Oído (supuraciones) Ruidos cardíacos: Soplos: Pulso radial y periférico: Tensión arterial:	Várices: Tórax: Abdomen: Hígado – Bazo – Riñón: Hernias abdominales o inguinales: Testículos: (Varicocele – Hidrocele): Hemorroides - Fístulas: Columna vertebral: Ext. Sup. e Inferiores: Sistema nervioso:
---	---

HISTORIA GINECOLÓGICA

Ritmo menstrual: Embarazos: Ginecopatías	Le obligan a guardar reposo: SI – NO: Complicaciones post - parto o aborto: Glándula mamaria:
--	---

RESUMEN ANTECEDENTES

CONCLUSIONES EXAMEN CLÍNICO

Lugar y Fecha

Firma, aclaración y sello del médico examinador

NOTA: En caso de ser clasificado **No Apto, Apto Limitado o Apto Condicional**, la causa determinante deberá ser comunicada al postulante por escrito con la firma del facultativo interviniente:

Lugar y Fecha:.....

.....
Firma del postulante

.....
Firma del médico interviniente

Aclaración:.....

DNI:.....

Fecha:.....