

DECLARACIÓN JURADA ANTECEDENTES MÉDICOS

Datos personales

Apellido y nombres:.....

D.N.I.: Otro documento: Fecha nac:...../...../.....

Domicilio:..... Localidad:..... País:.....

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES PREVIOS Y ACTUALES

Cirugías:.....

Internaciones:..... Embarazos:.....

Alergias:..... Asma:.....

Hipertensión arterial:..... Epilepsia:.....

Traumatismos, fracturas, esguinces, desgarros:.....

Trastornos alimenticios:.....

Medicación permanente: SI – NO Especificar:.....

Otros:.....

.....

.....

**En caso de tener alguna patología de las citadas u otra/s, aclarar: fecha de comienzo, evolución, tratamiento, curación, secuelas o cualquier información que considere relevante.*

Esta ficha tiene carácter de declaración jurada, haciéndose responsable de la veracidad de los datos expuestos.-

Rosario, Nombre: Firma:
