

## 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: .....**

---