

**DATOS PERSONALES**

Apellidos y Nombres: _____

Sexo: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Lugar: _____

Documento de identidad: D.N.I. - C.I. - L.E. N°: _____

Estado Civil: S C V D

Peso (Kgrs.): _____ Estatura: (Mts.) _____ Fecha Último Examen ____/____/____

ANTECEDENTES FAMILIARES

¿Su padre o su madre padecen algunas de las siguientes afecciones ?

Cáncer SI NO Diabetes: SI NO Infarto SI NO Hipertensión Arterial: SI NO

Si su padre o madre padecen alguna enfermedad actualmente

mencione el diagnóstico: _____

ANTECEDENTES PERSONALESFuma: SI NO

¿ en qué cantidad ? _____

Bebe: SI NO

¿ en qué cantidad ? _____

ANTECEDENTES MEDICOS DE LA INFANCIA¿Padeció alguna de las siguientes afecciones? Sarampión Rubéola Epilepsias Temblores Perdida de memoria Cefaleas prolongadas Hepatitis Gastritis Úlcera Gástrica Hemorroides Hemorragias Neumonía Asma Tuberculosis Tos Crónica Catarro **Otras Afecciones:** _____**¿Ha tenido Ud. O ha sido tratado en los últimos años por:**Enfermedad de los ojos, oídos, nariz o garganta? SI NO

¿Cuáles? _____

Mareos, desmayos, convulsiones, dolores de cabeza, parálisis o ataques, desordenes mentales o nerviosos?

SI NO

¿Cuáles? _____

Insuficiencia respiratoria, ronquera persistente, tos, asma, bronquitis, enfisema, tuberculosis o enfermedad respiratoria crónica?

SI NO

¿Cuáles? _____

Dolor de pecho, palpitaciones, presión sanguínea, fiebre reumática, ataque al corazón u otra enfermedad del corazón o vasos sanguíneos?

SI NO

¿Cuáles? _____

Ictericia, hemorragia intestinal, úlcera, colitis, diverticulosis, otras enfermedades del intestino, hígado o vesícula?

SI NO

¿Cuáles? _____



Azúcar en sangre o pus en la orina, enfermedad del riñón , vejiga o próstata?

SI NO

¿Cuáles? _____

Diabetes, Tiroides u otra enfermedad endócrinas?

SI NO

¿Cuáles? _____

Gota, Afecciones musculares u óseas, incluidos columna, espalda o articulaciones?

SI NO

¿Cuáles? _____

Deformidades, rengueras o amputaciones?

SI NO

¿Cuáles? _____

Enfermedades de la piel ?

SI NO

¿Cuáles? _____

Alergias, anemias u otras enfermedades de la sangre?

SI NO

¿Cuáles? _____

Está Ud. Actualmente bajo observación o tratamiento?

SI NO

¿Cuáles? _____

Ha tenido algún cambio en su peso en el último año?

SI NO

¿Cuánto? _____

ANTECEDENTES QUIRURGICOS:

¿Fue intervenido/a quirúrgicamente por alguna causa?

Por favor detallar Diagnóstico y fecha: _____

¿Padece alguna otra enfermedad no especificada en el interrogatorio anterior?

SI NO

Declaro bajo juramento, que los datos consignados previamente son correctos y completos, sin omitir ni falsear ninguno de ellos, tratándose de información que se corresponde con la verdad.

Lugar y fecha..... Firma del aspirante.....