

DECLARACIÓN JURADA

HA PADECIDO O PADECE:

	SI	NO		SI	NO
Diabetes			Hipertensión arterial		
Hipertiroidismo			Hipotiroidismo		
Fiebre Reumática			Neumonía		
Soplos cardíacos			Asma		
Rinitis a repetición			Otitis		
Sinusitis			Vértigos		
Zumbidos			Cefalea		
Dolor lumbar			Dolor precordial		
Dolor cervical			Dermopatías		
Angina			Traumatismos o heridas		
Internación y tratamiento			Intervenciones quirúrgicas		
Afonía			Epilepsia		
Depresión			Convulsiones		
Dismenorrea			Pérdida de conocimiento		

Malformación física:

Medicación:

Intolerancia a medicamentos:

	CANTIDAD		DESCRIPCIÓN
Embarazos		Toma bebidas alcohólicas	Habitual / Social
Amenazas de aborto		Fuma	SI / NO
Abortos			
Hijos			

Menstruaciones			
Edad 1ra menstruación		Ritmo	REGULAR / IRREGULAR

Declaro bajo juramento que los datos por si consignados son fiel expresión de la verdad, que no he incurrido en omisión, ocultamiento o tergiversación de los mismos, quedando notificado en este acto que cualquiera de las situaciones antes mencionadas me hará pasible de las acciones legales que correspondan previstas en el código penal, por lo que previa lectura firmo de conformidad.

Firma y aclaración

.....

DECLARACIÓN JURADA DE PSIQUIATRÍA

(Marcar lo que corresponda)

- A. Alguna vez realizó consultas psicológicas o psiquiátricas? SI / NO
Si respondió **SI**:
Por qué causa?:
En que año?: Durante cuanto tiempo?:
Requirió uso de psicofármacos?:
- B. Tiene algún pariente de sangre (padres, abuelos, hermanos, tíos, etc.) que haya realizado tratamiento psicológico por algún motivo? SI / NO
Si respondió **SI**: Quien?:
Por qué causa?:
En que año?: Durante cuanto tiempo?:
Requirió uso de psicofármacos?:
- C. En algún momento de su vida ha probado y/o consumido sustancias ilegales? SI / NO
Si respondió **SI**:
Cual de ellas?:
Durante cuanto tiempo?:
Requirió tratamiento de desintoxicación?:
- D. En algún momento de su vida ha tomado algún psicofármaco (Clonazepam, alprazolam, diazepam, antidepresivos, etc.)? SI / NO
Si respondió **SI**:
Cual de ellos?:
- E. Alguna vez pensó y/o intentó quitarse la vida por algún motivo? SI / NO
- F. Alguna vez sintió que ha perdido el control (insultos, golpear o tirar objetos, disturbios en la vía pública, autolesiones, etc.)?: SI / NO

Declaro bajo juramento que los datos por si consignados son fiel expresión de la verdad, que no he incurrido en omisión, ocultamiento o tergiversación de los mismos, quedando notificado en este acto que cualquiera de las situaciones antes mencionadas me hará pasible de las acciones legales que correspondan previstas en el código penal, por lo que previa lectura firmo de conformidad.

Firma y Aclaración