



## DECLARACIÓN JURADA SOBRE PADECIMIENTOS DE AFECCIONES

Debe ser completada en forma personal por el solicitante, debiendo saber leer y escribir en el idioma nacional. A los responsables del examen psicofísico: cumpliendo con el Art. 14 del Decreto Nº 2311/99, completo la declaración jurada (marque SI o NO donde corresponda; donde figura una (x) significa: en caso afirmativo complete en observaciones).

- 01 - ¿Tiene recetado anteojos para ver de lejos? \_\_\_\_\_
- 02 - ¿Tiene recetados lentes de contacto? \_\_\_\_\_
- 03 - ¿Tiene ojos desviados? \_\_\_\_\_
- 04 - ¿Es ciego de un ojo o tiene prótesis? \_\_\_\_\_
- 05 - ¿Le han realizado alguna operación ocular? \_\_\_\_\_
- 06 - ¿Confunde colores? \_\_\_\_\_
- 07 - ¿Padece sordera? \_\_\_\_\_
- 08 - ¿Padece disminución de audición? \_\_\_\_\_
- 09 - ¿Padece alguna patología auditiva? \_\_\_\_\_
- 010 - ¿Le han realizado alguna cirugía en el oído? \_\_\_\_\_
- 011 - ¿Usa audífono o implante coclear? \_\_\_\_\_
- 012 - ¿Presenta disminución de la fuerza y/o movilidad de algún miembro o cuello? \_\_\_\_\_
- 013 - ¿Le falta algún miembro total o parcial? \_\_\_\_\_  (x)
- 014 - ¿Ha sufrido algún traumatismo craneo encefálico con o sin pérdida de conocimiento? \_\_\_\_\_
- 015 - ¿Padece alguna afección neurológica? \_\_\_\_\_
- 016 - ¿Está o estuvo en tratamiento psiquiátrico? \_\_\_\_\_
- 017 - ¿Está o estuvo en tratamiento psicológico? \_\_\_\_\_
- 018 - ¿Tuvo alguna internación por causa psicológica o psiquiátrica? \_\_\_\_\_  (x)
- 019 - ¿Padece o padeció alguna enfermedad cardíaca? Ej.: Infarto, arritmias, afecciones valvulares,  
fiebre reumática, miocardiopatías, malformación congénita, etc.? \_\_\_\_\_  (x)
- 020 - ¿Padece de hipertensión arterial? \_\_\_\_\_
- 021 - ¿Usa marcapasos? \_\_\_\_\_
- 022 - ¿Padece o padeció alguna enfermedad de riñón, vías urinarias, aparato digestivo? \_\_\_\_\_  (x)
- 023 - ¿Padece de hemofilia o algún trastorno de coagulación? \_\_\_\_\_
- 024 - ¿Padece de diabetes? \_\_\_\_\_
- 025 - ¿Es insulino dependiente? \_\_\_\_\_
- 026 - ¿Tuvo contacto accidental o profesionalmente con materiales peligrosos (plaguicidas, sustancias radioactivas, etc.? \_\_\_\_\_  (x)
- 027 - ¿Toma algún medicamento en forma continua o discontinua? \_\_\_\_\_  (x)
- 028 - ¿Ha tomado en las últimas 24 horas alguna medicación? \_\_\_\_\_  (x)
- 029 - ¿Padece alguna otra enfermedad que no haya detallado? \_\_\_\_\_  (x)
- 030 - ¿Es alérgico? \_\_\_\_\_  (x)
- 031 - ¿Es alérgico a alguna medicación? \_\_\_\_\_  (x)
- 032 - ¿Tiene alguna otra discapacidad no detallada? \_\_\_\_\_  (x)
- 033 - ¿Padece asma o insuficiencia respiratoria? \_\_\_\_\_
- 034 - ¿Ha padecido pérdida de conocimiento, mareos, zumbidos? \_\_\_\_\_  (x)
- 035 - ¿Sufre o a sufrido ataques de epilepsia? \_\_\_\_\_
- 036 - ¿Consume habitualmente bebidas alcohólicas? \_\_\_\_\_
- 037 - ¿Fuma habitualmente? Indique en observaciones cantidad de cigarrillos diarios \_\_\_\_\_  (x)
- 038 - ¿Posee jubilación por invalidez? \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

El que suscribe afirma que la declaración jurada ha sido completa correctamente, sin omisión ni falsear dato alguno, siendo fiel expresión de la verdad y de no cumplirse será pasible de las sanciones previstas en el Art Nº 275 del Código Penal - FALSO TESTIMONIO.

.....  
Firma del Solicitante