



Caja de Previsión Social para Profesionales en Ciencias Económicas
de la Provincia de Córdoba – Ley 8349

Declaración jurada de salud para afiliarse a la Caja de Previsión			
Apellido y nombre		D.N.I	
Fecha de nacimiento		Sexo	Edad
Estatura:	Peso	Presión sang.	Profesión /Ocupación
Conoce padece o haber padecido		OBSERVACIONES	
Enfermedades del Sistema nervioso: Mareos, vértigo, desmayos, convulsiones, epilepsia, dolor de cabeza severo, encefalitis, trastornos del habla, enfermedades mentales, cualquier ataque o enfermedad de la cabeza o el sistema nervioso			
Enfermedades del Sistema Respiratorio: Asma, enfisema, fiebre alta, tos crónica, pleuresia, pulmonía, desgarrar con sangre, tuberculosis, infecciones, cansancio al caminar o cualquier otra enfermedad de los pulmones o sistema respiratorio			
Enfermedades del corazón o del sistema circulatorio: fiebre reumática, angina, molestias o dolores en el pecho, soplos al corazón, palpitaciones, hinchazón de piernas, hipertensión arterial, otras?			
Enfermedades del Sistema Digestivo e Intestinal: úlcera gástrica o duodenal, constipación, diarreas, cólicos, sangrado, rectal o anal, cualquier otra enfermedad, en el estómago, intestino, recto, apéndice, hígado, vesícula, páncreas o bazo?			
Enfermedades renales: nefritis, cálculos en el riñón o cualquier otra enf. De la vejiga, próstata, riñón o vías urinarias y genitales sífilis u otras venéreas, presencia de albumina, azúcar o sangre en la orina?			
Enfermedades óseas o musculares: gota, artritis, reumatismo, lesiones traumáticas, o cualquier otra enfermedad relacionada con las articulaciones, columna huesos, músculos o extremidades?			
Enfermedades de la sangre: anemia, hemofilia, alteraciones de la coagulación, manchas rojas en la piel, hemorragias persistentes, leucemia, médula ósea, afecciones en los ganglios o cualquier otra enfermedad de la sangre?			
Procesos cancerosos: cáncer, quistes malignos, tumores u otras lesiones de igual naturaleza			
Enfermedades congénitas o hereditarias? Enfermedades inmunológicas y degenerativas? Enfermedades de déficit inmunológico, HIV, CRS o condiciones relacionadas con el SIDA?			
Enfermedades endócrinas: diabetes gota, colesterol, alteraciones de la tiroides, bocio u otra enfermedad de las glándulas endócrinas? Se aplica insulina?			
Afecciones ginecológicas u obstétricas: ovarios, útero, genitales, aborto, mamas?			
Embarazo en curso? De cuantos meses? Dificultades			
Otras: enfermedades de la vista, nariz, garganta y oídos, sordera, otras? várices, flebitis, úlceras varicosas o hernias de cualquier tipo?			
Mal de Chagas o cualquier, otra enfermedad: adicción, defecto físico o síntoma no indicado que sea de su conocimiento?			
EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA A ALGUNA/S PREGUNTA/S SE DEBE ACLARAR EN OBSERVACIONES: DIAGNÓSTICO Y FECHA DEL MISMO, TRATAMIENTOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL, GRADO DE RECUPERACIÓN, SECUELAS			
Hábitos tóxicos y/o adicciones: Tabaco alcohol, otros. En caso afirmativo especificar tipo de sustancia y si se encuentra actualmente bajo tratamiento por la misma o lo ha estado en los últimos 5 años.			
Practica deportes? Como aficionado o profesional? Cuál/es? enfermedades de corazón, renales? Indicar grado de parentesco si están vivos, edad actual o al fallecimiento.			

Fecha:

Firma

Aclaración



CERTIFICADO MEDICO

El que suscribe, Dr. M.P.:, con especialidad
en..... M.E.:, CERTIFICA que ha examinado a
....., de años de
edad, D.N.I.:....., de profesión; y corroborando
lo que manifiesta en la declaración jurada de salud, deja constancia que su estado de salud es:
.....
.....

En caso que padezca alguna dolencia o enfermedad especificar a continuación:

1) Diagnóstico:.....
.....

Evolución:
.....

Tratamiento:
.....

Grado incapacidad actual: por ciento (..... %) de la T.O.

Carácter de la misma (transitoria / definitiva):

Pronóstico:.....

Tiempo durante el cual no podrá desempeñar tareas laborales:.....

Lugar y fecha:

Firma del Médico:
Sello aclaratorio

Espacio reservado para certificación de firma por Consejo Médico.