AGREGADO 1 AL SUPLEMENTO 1 AL APÉNDICE 31 AL ANEXO 3

MODELO DE DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

CONFIDENCIAL

Ejército Argentino
(Nombre del Org, Inst, y/o Dependencia)

ANEXO 1: DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

La presente Declaración Jurada de Salud (DJS), deberá ser llenada en oportunidad del Examen Médico Preliminar en forma manuscrita y firmada por el Postulante, es de carácter obligatorio y su omisión impedirá la prosecución de los trámites de incorporación.

Apellido:……..…… Fecha:……

Nombres:……..…… D.N.I Nro:…….

1. ANTECEDENTES RELEVANTES (coloque una cruz dentro del casillero que corresponda)

Pregunta	Sí	No	No sabe / No recuerda
¿Considera que actualmente goza de buen estado general de salud?	□	□	□
¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico, psicológico o psiquiátrico?	□	□	□
¿Consume medicación indicada por profesional de la salud?	□	□	□
¿Tiene indicado algún control médico periódico?	□	□	□
¿Fue internado, operado o asistido por una lesión importante alguna vez?	□	□	□
¿Fue declarado no apto, apto limitado o apto condicional en un examen médico, psicofísico, laboral o de ingreso anterior?	□	□	□
¿Tuvo que abandonar estudios, empleo, deporte u otra actividad por razones de salud?	□	□	□
¿Recibió o tiene pendiente indemnización por accidente o enfermedad profesional?	□	□	□
¿Le fue negada alguna vez la posibilidad de contratar un seguro de vida por razones de salud?	□	□	□

2. HÁBITOS Y CONDICIÓN FÍSICA ACTUAL (coloque una cruz dentro del casillero que corresponda)

Hábito	Nunca	Ocasional	Semanal	Diario	Dejó / suspendió
Tabaco / cigarrillo / vapeador	□	□	□	□	□
Bebidas alcohólicas	□	□	□	□	□
Suplementos deportivos	□	□	□	□	□
Actividad física / deporte	□	□	□	□	□
Dieta especial indicada por profesional	□	□	□	□	□

Aspecto	Opción 1	Opción 2	Opción 3	Opción 4
Promedio diario de sueño	□ Menos de 5 h	□ 5 a 6 h	□ 7 a 8 h	□ Más de 8 h
Calidad del sueño	□ Tranquilo	□ Interrumpido	□ Insomnio frecuente	□ Medicación para dormir

3. HISTORIA FAMILIAR (indique si el antecedente se presentó en familiares directos. Marque todas las opciones que correspondan)

Antecedente	Padre	Madre	Hermano/a	Abuelo/a	Ninguno	No sabe
Muerte súbita	□	□	□	□	□	□
Enfermedad cardíaca	□	□	□	□	□	□
Hipertensión arterial	□	□	□	□	□	□
Diabetes	□	□	□	□	□	□
Asma bronquial	□	□	□	□	□	□
Cáncer	□	□	□	□	□	□
Enfermedad renal	□	□	□	□	□	□
Tuberculosis	□	□	□	□	□	□
Enfermedad mental relevante	□	□	□	□	□	□
Enfermedad hereditaria conocida	□	□	□	□	□	□

4. AFECCIONES / LESIONES PADECIDAS (marque si tiene o ha tenido alguna vez los siguientes antecedentes, síntomas o diagnósticos)

Antecedente / síntoma / diagnóstico	Sí	No	No sabe/ No recuerda
Dolor de pecho, palpitaciones, soplos, hipertensión o enfermedad cardíaca	□	□	□
Falta de aire, asma, bronquitis crónica, tuberculosis o tos persistente	□	□	□
Mareos, desmayos, convulsiones, epilepsia, traumatismo de cráneo o pérdida de memoria	□	□	□
Depresión, ansiedad, ataques de pánico, nerviosismo excesivo, tratamiento psicológico/psiquiátrico o trastorno del sueño	□	□	□
Diabetes, anemia, enfermedad de Chagas, cáncer, tumor, hemorragias o transfusiones	□	□	□
Alergias importantes, urticaria severa o reacciones graves a medicamentos/alimentos/picaduras	□	□	□
Úlcera gástrica/duodenal, ictericia, hepatitis, cálculos, hernias o trastornos digestivos persistentes	□	□	□
Enfermedad renal, urinaria, genitourinaria o sangre en orina	□	□	□
Fracturas, luxaciones, lesiones musculares/ligamentarias, dolores articulares, rodilla, hombro o pie plano	□	□	□
Dolor de espalda, cintura, ciática, escoliosis, desviación de columna o hernia de disco	□	□	□
Trastornos visuales, dificultad para distinguir colores o uso permanente de lentes	□	□	□
Sordera, disminución auditiva, supuración de oídos, sinusitis crónica o vértigo	□	□	□
Enfermedades de la piel, cicatrices extensas, quemaduras o afecciones dermatológicas relevantes	□	□	□
Enfermedades de transmisión sexual u otra enfermedad infectocontagiosa relevante	□	□	□
Cirugías previas: amígdalas, apéndice, hernia, hemorroides, ginecológicas u otras	□	□	□

5. ASPECTOS GINECOLÓGICOS / REPRODUCTIVOS

Pregunta	Sí	No	No sabe / No recuerda	No corresponde
¿Presenta o presentó trastornos menstruales relevantes, dolor incapacitante o sangrados anormales?	□	□	□	□
¿Presenta embarazo actual, sospecha de embarazo o cursó embarazo en los últimos DOCE (12) meses?	□	□	□	□
¿Tuvo complicaciones postparto, abortos, patologías mamarias, miomas, quistes ováricos u otra ginecopatía?	□	□	□	□

6. CONSUMO DE SUSTANCIAS Y ANTECEDENTES VINCULADOS

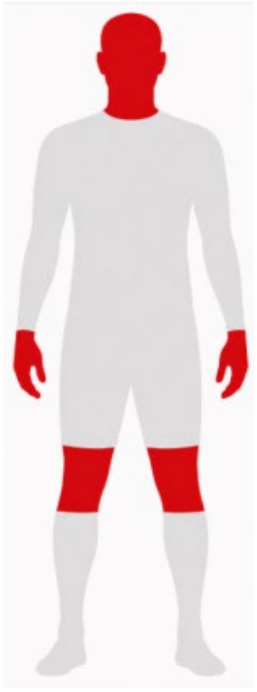
Ítem	Nunca	Consumió y dejó	Consume actualmente
Consumo de drogas o sustancias no indicadas por profesional de la salud	□	□	□
Uso indebido de medicación propia o de terceros	□	□	□

¿Recibió tratamiento o asistencia en centro de rehabilitación por consumo problemático?	□ Si	□ No	Centro de rehabilitación / institución:
¿Posee antecedentes penales, contravencionales o administrativos vinculados al consumo, tenencia o distribución de sustancias?	□ Si	□ No	Detalle:
¿Existen antecedentes familiares directos de consumo problemático de sustancias?	□ Si	□ No	Detalle:

7. REGISTRO DE TATUAJES

Marque con un círculo la ubicación de los tatuajes y **colóquele un número de referencia**

No Autorizado
Autorizado



Conteste las preguntas

¿Tiene tatuajes?	**□ Si □ No**	
Cantidad total		
Tatuaje Nro:	**Dimensión aproximada**	**¿Cumple con las condiciones más abajo detalladas?**
1		**□ Si □ No**
2		**□ Si □ No**
3		**□ Si □ No**
4		**□ Si □ No**
5		**□ Si □ No**
6		**□ Si □ No**
7		**□ Si □ No**
8		**□ Si □ No**
9		**□ Si □ No**

Consideraciones importantes sobre los tatuajes:

a. El Reconocimiento Médico tiene como finalidad determinar la aptitud del postulante en función de sus condiciones psicofísicas y detectar patologías preexistentes.
b. Un tatuaje "por sí mismo" no debería constituir una causa de exclusión o de clasificación de "no reúne perfil".
c. Cuando las circunstancias lo ameriten, hacer uso de las evaluaciones de psicología y/o psiquiatría a fin de descartar patologías y/o trastornos de la personalidad.
d. No podrán exhibirse tatuajes:
   1) Obscenos, ofensivos o indecentes, prescindiendo del lugar del cuerpo donde se encuentren, por ser contrario a los valores que sustenta la Institución.
   2) Atentatorios a valores institucionales, virtudes militares, concepto de autoridad o disciplina.
   3) Faciales de cualquier índole y/o tamaño, por alterar la identificación fisonómica.

4) En segmentos completos del cuerpo y/o aquellos que superen el CINCUENTA (50) por ciento de éste (antebrazo, brazo, espalda, tórax, muslo y pierna).
5) Marcas y dibujos muy llamativos y/o coloridos, que aunque pequeños, deberán ser debidamente cubiertos mientras dure la actividad del servicio que corresponda.
6) Aceptar los tatuajes que, sin ser ofensivos u obscenos, no estén reñidos con un uso decoroso del uniforme. Todas aquellas marcas que puedan quedar disimuladas o a cubierto mediante el empleo del uniforme de gimnasia no serían objetables (excepto que una evaluación psicológica identifique una patología incompatible con la profesión militar).

e. El personal que quiera incorporarse como Oficial, **no podrá tener más de DOS (2) tatuajes visible**s **en áreas autorizadas**, al usar el uniforme reglamentario de gimnasia de verano.

Declaro bajo juramento que mis respuestas son verdaderas y faculto a la autoridad militar sanitaria correspondiente a requerir cualquier otro dato al respecto.

Asimismo, presto mi expresa conformidad para que se efectúen estudios hematológicos, radiológicos y otros que las autoridades militares sanitarias consideren necesarios para la clasificación final de aptitud.

Lugar y fecha:

.....

Firma del postulante
Aclaración:
DNI:

RESERVADO PARA USO EXCLUSIVO DE LOS MÉDICOS

1. HISTORIA CLÍNICA

Aspecto general:……	Várices:…….
Defectos físicos:……	Tórax:……
Estatura: ……Peso:……Temp:……..	Abdomen: ……
Piel y cel subcutáneo:…….....	Hígado – Bazo – Riñón: …….....
Ganglios:…….....	Hernias abdominales o inguinales:……...
Bucodental:……...	Testículos: (Varicocele – Hidrocele):……...
Oído (supuraciones):…….	Hemorroides - Fístulas:……
Ruidos cardíacos:……Soplos: …….....	Columna vertebral:……...
Pulso radial y periférico:……...	Ext Sup e Inferiores:……...
Tensión arterial:……	Sistema nervioso:…….....

2. HISTORIA GINECOLÓGICA

Ritmo menstrual……..... Le obligan a guardar reposo: SI – NO

Embarazos……..... Complicaciones post - parto o aborto: SI – NO

Ginecopatías:……Glándula mamaria: ……...……

3. RESUMEN ANTECEDENTES

Conclusiones de los exámenes médicos.

Lugar y fecha:

Firma, aclaración y sello del médico examinador:

NOTA: en caso de ser clasificado No Apto, Apto Limitado o Apto Condicional, la causa determinante deberá ser comunicada al postulante por escrito con la firma del facultativo interviniente:

Lugar y fecha:

Firma del postulante
Aclaración:
DNI:

Firma, aclaración y sello del médico examinador