

CUESTIONARIO	SI/ NO	TRATAMIENTO	INDIQUE BREVE DETALLE	FECHAS
10-Alteraciones Renales, vejiga o próstata: cálculos renales, quistes, infecciones urinarias repetidas, trastornos prostáticos, tumoraciones, ultimo diagnostico? Etc.				
11-Afecciones Ginecológicas -obstétricas: ovarios, útero, mama, sangrado anormal, abortos, cursa embarazo, ultimo control ginecológico? etc.				
12-Afección muscular o huesos: columna, cadera, rodilla, tiene prótesis? Hernias, cirugías? Tratamiento kinesiológico actual?				
13-Enfermedad Inmunológica, Hereditaria: Psoriasis, alergias, trasplante de órgano? Esta bajo algún tratamiento?				
14-Esta o estuvo bajo tratamiento – seguimiento por adicciones? Alcohol, tóxicos, medicamentos?				
15-Está en estudio actualmente por alguna afección sin diagnostico o recientemente en tratamiento?				

INDIQUE MEDICAMENTOS ACTUALES y DOSIS DIARIA SI ESTA BAJO ALGÚN TRATAMIENTO:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

EN EL MARCO DE LA PANDEMIA POR VIRUS COVID-19 MENCIONE: padeció covid 19?, cuando?, curso internación o aislamiento domiciliario?, Presenta secuelas diagnosticadas o en rehabilitación?, presenta vacunación completa – incompleta, fecha de la misma.

PRESENTA CALENDARIO DE VACUNACION OBLIGATORIO COMPLETO: SI / NO (ACLARE INMUNIZACIONES PENDIENTES)

ACLARACION DE DATOS O PATOLOGIAS NO CONSIGNADAS EN CUESTIONARIO:

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS SON CORRECTOS, MANIFESTANDO EXPRESAMENTE NO HABER FALSEADO NI OMITIDO DATO ALGUNO QUE DEBA CONTENER, SIENDO FIEL EXPRESIÓN DE LA VERDAD.

Conste que por la presente quedo notificado/a que la falsedad u omisión de los datos expresados en la presente Declaración Jurada genera precedente en su legajo, y/o puede generar las acciones legales-laborales correspondientes.

Lugar y fecha

Firma del trabajador

