



## DECLARACIÓN JURADA PARA ASPIRANTES QUE NO PASAN POR EVALUACIÓN MÉDICA

|  |  |     |     |     |
|--|--|-----|-----|-----|
|  |  | Día | Mes | Año |
|  |  |     |     |     |
|  |  |     |     |     |

### IDENTIFICACIÓN DEL FUNCIONARIO/A ---ASPIRANTE/A

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Entre: \_\_\_\_\_

#### Solo para funcionarios de la IM:

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_ Interno: \_\_\_\_\_

Horario: \_\_\_\_\_

Tareas que realiza: \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES PERSONALES:

☐ Ud. Tiene, ha tenido o sufrido?

|                                                                     |                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Enfermedades crónicas                                               | SI<br><br><b>Indique<br/>cuál/es</b>                                                                             | Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> Cardiopatías <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/><br>Enfermedades respiratorias <input type="checkbox"/> Enfermedades neurológicas <input type="checkbox"/><br>Insuficiencia renal o hepática <input type="checkbox"/> Enfermedades oncológicas <input type="checkbox"/><br>Patología osteoarticular <input type="checkbox"/> Inmunodepresión <input type="checkbox"/> Trasplantes <input type="checkbox"/><br>Obesidad <input type="checkbox"/> Otra <input type="text"/> |
|                                                                     | NO                                                                                                               | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Discapacidades (En caso<br>de corresponder, marcar<br>con una cruz) | Sensorial: <input type="checkbox"/><br>Motriz: <input type="checkbox"/><br>Intelectual: <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Cirugías (En caso de<br>corresponder, indicar<br>cuál/es y fecha/s) | SI <input type="checkbox"/>                                                                                      | _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                     | NO <input type="checkbox"/>                                                                                      | _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                     |                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

|                                                                                                            |                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Internaciones<br>(En caso de corresponder, indicar motivo/s)                                               | SI <input type="checkbox"/> _____<br>_____<br>NO <input type="checkbox"/> |
| Medicación Crónica<br>(Indicar cuál/es y dosis)                                                            | SI <input type="checkbox"/> _____<br>_____<br>NO <input type="checkbox"/> |
| ¿Se encuentra embarazada?                                                                                  | SI <input type="checkbox"/> Semanas _____ NO <input type="checkbox"/>     |
| ¿Se encuentra en período de lactancia?                                                                     | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                   |
| ¿Alguna vez tuvo consumo problemático de sustancias?                                                       | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                   |
| ¿Alguna vez sufrió violencia doméstica?                                                                    | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                   |
| Certificaciones por más de un mes en IM u otro empleo<br>(En caso de corresponder, indicar tiempo y causa) | SI <input type="checkbox"/> _____<br>_____<br>NO <input type="checkbox"/> |
| Accidente/s laboral/es en IM u otro empleo<br>(En caso de corresponder, indicar cuál/es y fecha/s)         | SI <input type="checkbox"/> _____<br>_____<br>NO <input type="checkbox"/> |

La información suministrada tiene carácter de declaración jurada y está sujeta a las penalidades de la ley (art. 239 del Código Penal) "El que, con motivo de otorgamiento o formalización de un documento público ante un funcionario público, prestase una declaración falsa sobre su identidad o estado o cualquier otra circunstancia de hecho será castigado con tres a veinticuatro meses de prisión", pudiendo en cualquier momento exigir la prueba correspondiente.