

Declaración Jurada de Salud

Apellido/s y Nombre/s del Empleado

C.U.I.L

Fecha

El que suscribe la presente declara bajo juramento que las respuestas a las preguntas que se consignan a continuación y sus ampliaciones y aclaraciones, han sido completadas teniendo pleno conocimiento de que cualquier ocultamiento, falsedad o reticencia sobre su verdadero estado de salud, determinara que la afiliación a seguros y responsabilidad de la empresa por desconocer lo que usted no declara y luego se demuestre, no produzca efectos a los fines de reclamos futuros.

Pregunta

Sí No

- 1.- Se siente usted en buen estado de salud?
- 2.- Tiene usted alguna dificultad para el desempeño de sus tareas laborales que hará en el puesto?
- 3.- ¿Ha sido tratado alguna vez o está actualmente en tratamiento por alguna de las siguientes enfermedades?

- a.- Cardiovasculares
- b.- Broncopulmonares
- c.- Hipertensión Arterial

- d.- Diabetes
- e.- Tumores (Cancer)
- f.- Inmunodeficiencia (SIDA)

- g.- Convulsiones
- h.- Mal de Chagas
- i.- Otras

Sí No

- 4.- ¿Tiene algún defecto físico o discapacidad?
- 5.- ¿Ha sido internado en los últimos 24 meses?
- 6.- ¿Se le ha efectuado alguna operación en los últimos 24 meses?
- 7.- ¿Toma en forma regular alguna medicación?
- 8.- ¿Es usted Fumador?
- 9.- ¿Es donante de órganos?
- 10.- ¿Es donante de Sangre?
- 11.- ¿Grupo Sanguíneo?

Haga las aclaraciones que considere necesarias

Firma, Aclaración y DNI