

**CONFIDENCIAL**

“SECRETO MÉDICO”  
(RAG-6 –2013-Párrafo 345. inciso 12°)

**DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**

El presente documento deberá ser completado y entregado en oportunidad de realizarse el examen médico definitivo, en forma manuscrita, firmado y aclarado por el interesado, en sobre cerrado. Teniendo en cuenta que al cierre del mismo se cruzará la firma, aclaración y N° de D.N.I del candidato (sobre solapa superior) y pegando encima de dicho cierre y en toda su extensión, cinta adhesiva celulósica transparente.

Este documento se suscribe en el estricto marco de la incorporación del firmante y reviste carácter de **DECLARACIÓN JURADA**, por lo que todo ocultamiento o falsa información será encuadrado dentro de lo establecido en el Art. 293 del Código Penal.

**DATOS PERSONALES:**

FECHA:		
APELLIDO Y NOMBRE:		
FECHA DE NACIMIENTO:		
EDAD:	PESO:	TALLA:
LUGAR DE NACIMIENTO:		NACIONALIDAD:
DNI:		
DOMICILIO:		LOCALIDAD:
PROVINCIA:		CÓDIGO POSTAL:
TELÉFONO PARTICULAR:		TELÉFONO CELULAR:
CORREO ELECTRÓNICO:		

**FUNDAMENTOS**

La presente Declaración Jurada es complementaria al examen médico de ingreso, que tiene como propósito asegurar que el Candidato reúna las condiciones psicofísicas que requerirá como Cadete, sirviendo para evitarle tareas que pudiesen causarle perjuicios para su salud y no sean acordes con su aptitud.

En aquellos casos en que se requiera de cirugía para corregir una patología, deberá asegurarse que al momento de la presentación al examen médico de selección, haya sido dado de alta médica y no presente impedimentos para el desarrollo de todas las actividades de la vida militar, debiendo estar documentado por certificación del médico tratante.

Marque con una cruz en el casillero que corresponda	SÍ	NO	OBSERVACIONES
¿Tuvo que abandonar algún empleo por razones de salud?			

Toma algún tipo de medicación? Cuál/es? Indique el motivo			
¿Recibió o tiene pendiente alguna indemnización por accidente o enfermedad laboral?			
¿Tiene seguro de vida?			Donde:
¿Le ha sido negado en alguna oportunidad una solicitud de seguro de vida?			Donde:
¿Fuma? Explicitar cuántos por día.			
¿Ingiere bebidas alcohólicas? ¿Cuál y en qué cantidad?			
¿Consumió o consume algún tipo de droga? En caso afirmativo, detalle el nombre, grado de consumo de la misma, si asistió a un Centro de Rehabilitación y todo otro dato de interés.			
¿Tiene alteraciones del sueño? ¿Cuántas horas duerme por día?			
¿Realiza alguna dieta en particular? ¿Cuál? Indique la causa por la que realiza dicha dieta.			
¿Practica deportes? ¿Cuál/cuáles?			
Intentó ingresar o estuvo incorporado en las FF.AA o FF.SS? Describa cuál y causa de baja.			

TIENE O HA TENIDO ALGUNA VEZ (Marcar con una cruz "X")

ENFERMEDAD	SI	NO	ENFERMEDAD	SI	NO	ENFERMEDAD	SI	NO
1 – Nerviosismo o Angustia frecuente			35 – Dolor de pecho			70 – Sangre en orina		
2 – Cambios repentinos de humor			36 – Falta de aire			71 – Disminución y aumentos de peso frecuentes		
3 – Crisis de pánico			37 – Alteraciones de la voz			72 – Acidez / Gastritis – realizó tratamiento?		
4 – Insomnio / falta de sueño			38 – Disfonía			73 – Úlcera Gástrica		
5 – Pesadillas			39 – Amigdalitis a repetición			74 – Vómito de sangre		
6 – Anorexia / Bulimia			40 – Sinusitis ¿Recibió tratamiento?			75 – Sangre en materia fecal		
7 – Depresión			41 – Rinitis alérgica			76 – Diarreas frecuentes		
8 – Mareos o Desmayos			42 – Resfríos a repetición			77 – Ictericia		

9 – Pérdida de Memoria			43 – Supuración de Oídos			78 – Enfermedades duodenales		
10 – Períodos de Ausencia			44 – Sordera o disminución de la audición			79 – Colon irritable		
11 – Dolores de cabeza / cefaleas frecuentes			45 – Vértigos o mareos			80 – Cálculos vesicales		
12 – Convulsiones			46 – Zumbidos de oídos			81 - Hernias		
13 – Neuritis o Neuralgias			47 – Dentadura en mal estado			82 – Cambios en el hábito intestinal		
14 – Traumatismo de cráneo /pérdida de conocimiento			48 – Trastornos alimenticios			83 – Intolerancia alimenticia		
15 – Herpes Zoster			49 – Dificultad al tragar			84 – Hemorroides		
16 – Sífilis			50 – Cansancio no acorde al esfuerzo			85 – Esguinces frecuentes		
17 – Hepatitis			51 – Hinchazón de pies y piernas			86 – Pie plano		
18 – Meningitis			52 - Palpitaciones			87 – Lesiones ligamentarias		
19 – Parotiditis (paperas)			53 - Várices			88 – Dolores de rodilla frecuentes		
20 – Poliomieltis			54 – Tos frecuentes			89 – Dolores de espalda frecuentes		
21 – Enfermedades de transmisión sexual			55 – Expectoración frecuentes			90 – Dolores en cintura o ciática		
22 – Blenorragia			56 – Sangre en esputo			91 – Desviaciones de columna		
23 – Dengue			57 – Sudores nocturnos			92 – Articulaciones dolorosas o hinchadas		
24 – Fiebre reumática			58 – Pérdida de peso reciente			93 – Sufrió accidente de tránsito		
25 – Varicela			59 – Asma			94 – Fracturas		
26 – Brucelosis			60 - Tuvo Asma en la infancia			95 – Luxaciones		
27 – Tuberculosis			61 – Neumotórax			96 – Anemia		
28 – Enfermedades de Chagas			62 – Neumonía			97 – Cáncer o tumores		
29 – Cólera			63 – Pleuresía			98 – Alteraciones en la pigmentación de la piel		
30 – Toxoplasmosis			64 – Bronquitis a repetición			99 – Se realizó transfusiones sanguíneas: Por qué?		

31 – Sarampión			65 – Infecciones urinarias a repetición			100 – Enfermedades alérgicas: Cuáles?		
32 – Enfermedades Cardíacas			66 – Varicocele o Hidrocele			101 – Enfermedades de la piel: Cuáles?		
33 – Elevación de la presión sanguínea			67 – Dificultad para orinar			102 – Alteración de la visión		
34 – Arritmias			68 – Cólico renal / Cálculos renales			103 – Diabetes		
			69 – Glucosa o albúmina en orina			104 – Enfermedad de Tiroides		

**En caso de respuesta afirmativa, detallar minuciosamente la enfermedad a la que se refiere, incluir fechas, diagnósticos y tratamientos recibidos.**

.....

.....

.....

.....

Es alérgico a algún medicamento, especifique.

.....

.....

Estuvo bajo tratamiento psicológico o psiquiátrico, especifique:

.....

.....

Estuvo bajo tratamiento por enfermedades de la sangre especifique:

.....

.....

**OPERACIONES:**

<b>Afecciones</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>Año – Observaciones</b>
Amígdalas			
Apendicitis			
Hernia			
Hemorroides			
Varicocele			
Cirugía traumatológica			
Cirugía endoscópica			

Cirugía oftalmológica			
Otros			

**Antecedentes Hereditarios:** marque lo que corresponda

Enfermedad	SI	NO	DESCONOCE
Diabetes			
Hipertensión Arterial			
Hiperuricemia/Gota			
Enf. Pulmonares			
Enf. Cardiovasculares			
Enf. Vascular Periférico			
Enf. Digestivas			
Enf. Endocrinas			
Enf. Renal			
Obesidad			
Dislipemias			
Celíacas			
Otras Enfermedades			

**En caso de ser afirmativo especificar grado de parentesco:**

---



---



---

**SOLO PARA PERSONAL FEMENINO:**

ENFERMEDAD	SÍ	NO	ENFERMEDAD	SÍ	NO	ENFERMEDAD	SÍ	NO
Dolores menstruales			Trastornos menstruales			Ausencia de menstruación		
Abortos terapéuticos o espontáneos			Enfermedades mamarias			Menstruación fuera de ciclo		
Intervenciones quirúrgicas en útero			Intervenciones quirúrgicas en mamas			Intervención quirúrgica de ovarios		
Fecha última menstruación								
Fecha último control ginecológico								
Otras intervenciones en el aparato genital								

Declaro bajo juramento que todas mis respuestas son verdaderas, y faculto a la autoridad militar correspondiente, a requerir cualquier otro dato que sea de interés a los trámites necesarios, al respecto. Por este acto tomo conocimiento que en los análisis que se me han de realizar están incluidos los de detección de drogas de abuso: Opiáceos, Morfina, Cocaína, Marihuana y anfetaminas dando mi expresa

conformidad para que se realicen los estudios hematológicos, serológicos, radiológicos y otros que la autoridad sanitaria militar requieran, necesarias para la determinación de aptitud.

Presto mi libre consentimiento, para que se me realicen las pruebas que permitan investigar la presencia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en los términos establecidos por el Decreto Nro 906/95, Artículo 1º (“Las Fuerzas Armadas y de Seguridad adoptarán las medidas que sean más convenientes para la realización de las pruebas diagnósticas necesarias para la detección de portadores del virus HIV).

Asimismo, presto mi expresa conformidad para que la autoridad sanitaria militar verifique que el carnet de inmunizaciones que debo presentar como uno de los requisitos indispensables y obligatorios al momento de la inscripción, se encuentre completo y actualizado de acuerdo a las exigencias establecidas en el Calendario Nacional de Vacunación, como así también autorizo a que se me administren otras vacunas que por necesidades del régimen del servicio sean necesarias de aplicación.

*Firmas:*

.....  
Firma del solicitante (1)                      Padre (2)                      Madre (2)                      Tutor o Apoderado (2)

Certifico que las firmas que anteceden son auténticas y que han sido puestas en mi presencia y que pertenecen a las personas nombradas más arriba, habiéndose verificado asimismo sus filiaciones e identidades (3).

**LA PRESENTE CERTIFICACIÓN NO JUZGA EL CONTENIDO DEL DOCUMENTO.**

*Lugar y fecha:*

.....

*Firma y Sello:*

.....

*Sello de la Dependencia Autoridad Judicial, Policial o Escribano*

*Público*

- (1) Si el Candidato fuera mayor de 18 años queda exceptuado de la autorización de los padres.
- (2) La firma de la solicitud debe ser hecha por el padre y la madre. En caso de ausencia de uno de ellos o padres separados, deberá adjuntar un testimonio o poder especial del Juez; lo mismo para el caso que firme el tutor.
- (3) Las firmas del solicitante y padres o tutor deben ser Autenticadas por Autoridad Judicial o Policial, con el sello correspondiente al Organismo de la autoridad que certifica.

**NO SE DARÁ CURSO A LA SOLICITUD DE INGRESO SI FALTAN LAS FIRMAS O NO ESTÁN DEBIDAMENTE CERTIFICADAS.**

**AUTORIZACIÓN DE ASISTENCIA MÉDICA A MENORES DE EDAD**  
**DURANTE EL PERÍODO DE CANDIDATO (1)**

SEÑOR DIRECTOR DE LA ESCUELA DE SUBOFICIALES DE LA FAA

1. Los que suscriben .....  
en su carácter de padre - madre - tutor del solicitante precedente, autorizan con carácter de  
declaración jurada, en caso de una urgencia médica a su hijo – pupilo.....  
..... a ser trasladado desde  
Instituto al Centro de Asistencia Médica más cercano.

Firma del padre (2):.....	Firma de la madre (2): .....
Aclaración: .....	Aclaración: .....
DNI:.....	DNI:.....

Certifico que las firmas que anteceden son auténticas y que han sido puestas en mi presencia y que pertenecen a las personas nombradas más arriba, habiéndose verificado asimismo sus filiaciones e identidades (3).

**LA PRESENTE CERTIFICACIÓN NO JUZGA EL CONTENIDO DEL DOCUMENTO.**

*Lugar y fecha:* .....

*Firma y Sello:* .....

*Sello de la Dependencia Autoridad Judicial, Policial o*

*Escribano Público*

(1) Si el Candidato fuera mayor de 18 años queda exceptuado de la autorización de los padres.

*(2) La firma de la solicitud debe ser hecha por el padre y la madre. En caso de ausencia de uno de ellos o padres separados, deberá adjuntar un testimonio o poder especial del Juez; lo mismo para el caso que firme el tutor.*

*(3) Las firmas del solicitante y padres o tutor deben ser Autenticadas por Autoridad Judicial o Policial, con el sello correspondiente al Organismo de la autoridad que certifica.*

**NO SE DARÁ CURSO A LA SOLICITUD DE INGRESO SI FALTAN LAS FIRMAS O NO ESTÁN DEBIDAMENTE CERTIFICADAS.**