



DECLARACIÓN JURADA OBLIGATORIA DE SALUD

Ley 11430 Art. 36

Nombre y Apellido _____

Número de Documento _____

Dirección _____

Tel. _____ Fecha de nacimiento _____

MARCAR CON UNA CRUZ

Donante INCUCAI	SI		NO	
Disminución de fuerza de algún miembro o cuello	SI		NO	
Malformación	SI		NO	
Amputación	SI		NO	
Afecciones del aparato locomotor total	SI		NO	
Afecciones del aparato locomotor parcial	SI		NO	
AFECCIONES CARDIOVASCULARES				
Infartos	SI		NO	
Uso de marcapasos	SI		NO	
Insuficiencia coronaria	SI		NO	
Insuficiencia cardíaca	SI		NO	
Hipertensión arterial	SI		NO	
Arritmias	SI		NO	
CRM - Amcloplastía	SI		NO	
AFECCIONES DISMETABOLICAS				
Uremia	SI		NO	
Diabetes	SI		NO	
Hipertiroidismo	SI		NO	
Hipotiroidismo	SI		NO	
Hiperuricemia	SI		NO	
TÓXICOS				
Toxicomanía	SI		NO	
Alcoholismo	SI		NO	
Uso de psicofármacos	SI		NO	
Uso de otros medicamentos	SI		NO	
AFECCIONES OFTALMOLÓGICAS				
Visión monocular	SI		NO	
Estrabismo	SI		NO	
Dicromatopsia	SI		NO	
Uso de anteojos	SI		NO	
Uso de lentes de contactos	SI		NO	

AFECCIONES OTORRINOLARINGOLOFICAS				
Sordera	SI		NO	
Hipoacusia leve	SI		NO	
Hipoacusia grave	SI		NO	
Uso de audífonos	SI		NO	
AFECCIONES NEUROLÓGICAS				
Temblores	SI		NO	
Miopatías	SI		NO	
Disritmia cerebral	SI		NO	
Epilepsia	SI		NO	
Otras enfermedades SNC o periférico	SI		NO	
Secuela ACV	SI		NO	
AFECCIONES PSÍQUICAS	SI		NO	
OTRAS AFECCIONES QUE AFECTAN A LA CONDUCCIÓN	SI		NO	
RECHAZADOS	SI		NO	

Declaro bajo juramento que la presente se ha confeccionado sin omitir ni falsear dato alguno que deba contener y es fiel expresión de la verdad.

DECLARO BAJO JURAMENTO NO POSEER DEUDA ALIMENTARIA. (Ley 13074 Art. 5 Inc C)

Fecha

Firma

Aclaración