

MINISTERIO DE SALUD**UNIDAD DE SALUD OCUPACIONAL**

DU N° _____

**HISTORIA CLÍNICA PARA ASPIRANTES A INGRESAR
A LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA NACIONAL**

El carácter de "Historia Clínica" que posee el presente formulario, exige de los interesados la mayor exactitud de la información de cada uno de los rubros que contiene, que deberá hacerse de forma manuscrita y firmado dentro de los 180 primeros días, contados a partir de la Certificación de Aptitud.

Servicio Nacional de Reconocimientos Médicos de _____

Centro Nacional de Reconocimientos Médicos de _____

Delegación Nacional de Reconocimientos Médicos de _____

(Tachar lo que no corresponda), se reserva el derecho de revocar la misma, si se comprueba que se ha falseado u ocultado antecedentes de enfermedades anteriores o concomitantes que puedan motivar la inaptitud, de acuerdo a las reglamentaciones vigentes.

Asimismo, se hace notar que las transgresiones comprobadas habrán de aparejar las pertinentes medidas administrativas que podrán llegar a la separación del cargo, incluso, si hubiera lugar, a acciones legales en caso de ocultamiento o declaraciones falsas o dolosas.

CONTESTE LAS PREGUNTAS DE ESTE FORMULARIO SI O NO SEGÚN CORRESPONDA

2) ¿HAY ANTECEDENTES EN SU FAMILIA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?					
Diabetes		Epilepsia		Alcoholismo	
Tuberculosis		Retardo mental		Enfermedades del corazón	
Asma		Crisis depresiva		Arterioesclerosis	
3) ¿HA SUFRIDO USTED O SUFRE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES O TRASTORNOS?					
Diabetes		Tuberculosis		Brucelosis	
Paludismo		Lepra		Epilepsia	
Poliomielitis		Hidatidosis		Enfermedad de Chagas	
Bocio		Parasitosis		Mal de los rastros	
Sífilis o blenorragia		Hernia		Pie plano	
Reumatismo		Várices		Fracturas	
Hemorroides		Hemorragias		Dolor de columna	
Enfermedades renales		Anemia		Dolor de cabeza	
Mareos o vértigos		Depresión o angustia		Enfermedad cardíaca	
Desmayos		Insomnio		Hipertensión	
Meningitis		Enfermedades nerviosas		Asma	
Convulsiones		Alcoholismo		Pleuresía	
Sinusitis		Toma sedantes		Distingue los colores	
Trastornos de la voz		Toma estimulantes		Ve bien	
Oye bien		Se psicoanaliza		Se trató por otra enfermedad ..	

4)

Indique las operaciones a que ha sido sometido/a

5)

¿Estuvo internado/a en algún hospital o sanatorio?

6)

¿Por qué causa?

7)

Lugar y fecha _____ 9) Firma del solicitante _____

8)

Domicilio _____ 10) Aclaración de firma _____

