**DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**

Yo, …………………………………………………………………………………………………………… con DNI N°………………………… declaro que, en fecha de suscripción del presente documento, me encuentro en buen estado de salud.

Adicionalmente declaro que NO padezco ninguna de las enfermedades o condiciones médicas que a continuación se detallan:

1. Problemas de coagulación de la sangre
2. Anemia o Cirugía mayor reciente
3. Diabetes Mellitus
4. Presión Alta o Hipertensión arterial
5. Embarazo
6. Epilepsia o convulsiones
7. Desordenes cerebrovasculares
8. Obesidad severa
9. Problemas Cardiacos: Arritmia, enfermedades coronaria, antecedente de infarto de Miocardio, cardiopatía congénita.
10. Problemas respiratorios: Asma, EPOC
11. Glaucoma
12. Tuberculosis
13. Disminución de la audición (hipoacusia)
14. Discopatías
15. Otra condición médica importante.

De presentar alguna de estas enfermedades, detallo condición actual de las mismas (tratamiento y control reciente).

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Por la presente doy fe que la información brindada en el presente documento es totalmente verdadera, haciéndome responsable de cualquier evento de la complicación de mi salud, por omisión de las mismas.

Fecha:………………………………… Firma:………………………………………………….

Índice derecho

DNI N°………………………………… Huella digital