

# MINISTERIO DE SALUD

UNIDAD DE SALUD OCUPACIONAL

<sup>1)</sup> 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 e 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

### <sup>2)</sup> ¿HAY ANTECEDENTES EN SU FAMILIA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?

Diabetes .....		Epilepsia .....		Alcoholismo .....	
Tuberculosis .....		Retardo mental .....		Enfermedades del corazón .....	
Asma .....		Crisis depresiva .....		Arterioesclerosis .....	

### <sup>3)</sup> ¿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 rastrojos .....	
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 ..	

<sup>4)</sup> Indique las operaciones a que ha sido sometido/a \_\_\_\_\_

<sup>5)</sup> ¿Estuvo internado/a en algún hospital o sanatorio? \_\_\_\_\_

<sup>6)</sup> ¿Por qué causa? \_\_\_\_\_

<sup>7)</sup> Lugar y fecha \_\_\_\_\_

<sup>8)</sup> Domicilio \_\_\_\_\_

<sup>9)</sup> Firma del solicitante

<sup>10)</sup> Aclaración de firma