DECLARACION OFRENDADA DE MI SALUD

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1er Nombre |  | 2do Nombre |  | 1er apellido |  | 2do apellido |  | Identidad- pasaporte |
| Sexo: (F/M) |  | Fecha de Nacimiento (D/M/A) |  |  |  | País de Nacimiento: |  |
| Antecedentes Familiares |
| Cáncer: Elija un elemento. | Diabetes: Elija un elemento.  | Hipertensión: Elija un elemento. | Cardiovascular: Elija un elemento. | Otras: Elija un elemento. |
| Antecedentes Personales |
| Enfermedades de la Infancia: |
| Enfermedades de Adulto:  |
| Intervenciones Quirúrgicas:  |
| Padecimiento Actual:  |
| Sistema nervioso: Elija un elemento. | Órgano de los sentidos: Elija un elemento. | Respiratorio: Elija un elemento. | Cardiocirculatorio: Elija un elemento. |
| Digestivo: Elija un elemento. | Genito-Urinario: Elija un elemento. | Musculo- esquelético: Elija un elemento. | Hematopoyético: Elija un elemento. |
| Piel y tegumentos: Elija un elemento. | Endocrino y metabólico: Elija un elemento. | Área Psíquica: Elija un elemento. |
| Enfermedades Auto-Inmunes: Elija un elemento. | Enfermedades Crónico –degenerativas: Elija un elemento. | Otras: Elija un elemento. |
| Limitación Funcional o Estructural Alguna (Psíquica, Mental, Anatómica, Lenguaje, otras): Elija un elemento. |
| Tratamiento Actual (medicamentos): |  |
| Hábitos y toxicomanías |
| Tabaquismo: Elija un elemento.  | Alcoholismo: Elija un elemento. | Drogas y Estupefacientes: Elija un elemento. |
| Adicción: Elija un elemento.  |  Cual: |

Declaro y doy fé que los datos consignados son reales y corresponden con la historia clínica personal de mi salud.

LUGAR: FECHA:

Nombres y Apellidos del Aspirante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma y sello del Aspirante: Huella Digital Índice Derecho