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