



Sr. Presidente  
Dr. Saúl SOROTSKI  
S / D

C.A.B.A., [ ] de [ ] de 20 [ ]

Por la presente me dirijo a Ud., a los efectos de solicitarle la incorporación al Subsidio por Ineptitud Física, declarando que gozo de buena salud y mis datos personales son:

APELLIDO Y NOMBRE [ ]

FECHA DE NACIMIENTO [ ]

TIPO Y N° DE DOCUMENTO [ ]

SIN OTRO PARTICULAR SALUDO A UD. ATTE.

FIRMA [ ]

ACLARACIÓN [ ]

SOCIO AAARBA N° [ ]

### DECLARACIÓN JURADA DE ANTECEDENTES DE SALUD PARA EL SUBSIDIO DE INEPTITUD FISICA.

Indique si padece o ha padecido alguna vez algunos de los trastornos indicados a continuación. (Marque con "X")

**01.** Agudeza visual disminuida, trastornos oculares, afección de la retina u otros.

SI  NO  ¿Cuál? [ ] Cuándo? [ ]

**02.** Lesión del tabique, atrofias, dificultad respiratoria, sinusitis, ronquera, disfonías, nódulos, otitis, sordera u otros.

SI  NO  ¿Cuál? [ ] Cuándo? [ ]

**03.** ¿Ha sido sometido o piensa someterse a algún tipo de tratamiento odontológico (Por ej. Ortodoncia, periodoncia, prótesis, etc.)?

SI  NO  ¿Cuál? [ ] Cuándo? [ ]

**04.** Asma, bronquitis, tos persistente, pleuresía, tuberculosis, expectoración de sangre, o cualquier trastorno de garganta o pulmones.

SI  NO  ¿Cuál? [ ] Cuándo? [ ]

**05.** Infarto, dolores de pecho, hipertensión, o cualquier enfermedad del corazón o vasos sanguíneos, trastornos circulatorios, etc.

SI  NO  ¿Cuál? [ ] Cuándo? [ ]

**06.** Enfermedad del hígado, páncreas, esófago, estómago o duodeno, intestino, hemorroides, úlceras, hernias, divertículos, pólipos y megacolon.

SI  NO  ¿Cuál? [ ] Cuándo? [ ]

**07.** Alguna enfermedad de riñones, vejiga o de los órganos génito-uritarios (próstata en hombres)

SI  NO  ¿Cuál? [ ] Cuándo? [ ]

**08. a)** ¿Ha padecido o padece actualmente alguna afección del útero, ovarios, senos y órganos genitales?

SI  NO  ¿Cuál? [ ] Cuándo? [ ]

Fecha de última menstruación [ ]

**b)** ¿Ha perdido algún embarazo?

SI  NO  ¿Cuál? [ ] Cuándo? [ ]



**09. a)** ¿Esta usted embarazada?

SI  NO  ¿Cuál?  Cuándo?

**b)** ¿El embarazo ha transcurrido con normalidad hasta la fecha?

SI  NO

**10.** Anemia, agrandamiento ganglionar, trastornos de la médula ósea, hemofilia y trastornos de la coagulación.

SI  NO  ¿Cuál?  Cuándo?

**11.** Eczema, psoriasis, cáncer de piel u otros.

SI  NO  ¿Cuál?  Cuándo?

**12.** Enfermedad, dolor o trastorno de los músculos, huesos, articulaciones, miembros o columna (incluyendo artritis, gota, reumatismo, fiebre reumática o hernia de disco)

SI  NO  ¿Cuál?  Cuándo?

**13.** Algún espasmo, desmayos, parálisis, dolores de cabeza, enfermedad neurológica, epilepsia, vértigo, neuritis o temblor

SI  NO  ¿Cuál?  Cuándo?

**14.** Diabetes, bocio, enfermedades del crecimiento, parálisis, hipófisis, suprarrenales y tiroides

SI  NO  ¿Cuál?  Fecha de diagnostico

**15.** Alteraciones metabólicas del ácido úrico, colesterol, lípidos, etc.

SI  NO  ¿Cuál?  Fecha de diagnostico

**16.** ¿Ha aumentado o disminuido su peso en el último año más de 5 kilos? Indique peso y talla:

SI  NO  En caso afirmativo detallar la cantidad y causas

**17.** Algún tipo de ansiedad, bulimia, anorexia, depresión, delirio o enfermedad psiquiátrica.

SI  NO  ¿Cuál?  Cuándo?

En caso afirmativo, tratamiento recibido

**18.** ¿Ha consumido o consume actualmente drogas para otro propósito que no sea médico?

SI  NO  ¿Cuál?  Cuándo?

**19.** ¿Fuma?

SI  NO  ¿Desde cuándo?  ¿Cuántos cigarrillos diarios?

**20.** ¿Esta recibiendo actualmente algún tipo de tratamiento por parte de un médico o institución médica no mencionadas anteriormente, incluyendo dieta especial, corticoides, anticoagulante, homeopático, insulina, etc.?

SI  NO  ¿Cuál?  Especificar dosis

**21.** Toxoplasmosis, Chagas, hepatitis B, hepatitis C, HIV, u otras enfermedades infecciosas.

SI  NO  ¿Cuál?  Fecha de diagnostico

**22.** ¿Pertenece usted o alguna vez perteneció a alguno de los grupos de alto riesgo de infección por HIV y sus enfermedades asociadas (SIDA)?

SI  NO  ¿Cuál?

**23.** ¿Se ha sometido o ha recibido alguna vez orientación médica, tratamiento, análisis de sangre (incluido HIV) en relación con alguna infección por el HIV y/o sus enfermedades asociadas (SIDA) o sexualmente adquirida? Si responde SI, por favor indique la razón del mismo y su resultado (Ej.: en conexión con seguros, empleo transfusión de sangre, etc.)

SI  NO  ¿Cuál?  Cuándo?



- 24.** ¿Ha sido sometido o piensa someterse a algún tipo de examen o investigación médica no mencionados anteriormente (Ej.: análisis de sangre, radiografía, electrocardiograma, ecocardiograma, ecografía, electroencefalograma, endoscopia, tomografía computada, resonancia magnética nuclear, centellograma, estudios funcionales, etc.); o padece de alguna enfermedad o incapacidad no expresada anteriormente?

Si responde SI, por favor indique la razón y su resultado.

SI  NO  ¿Cuál?  Cuándo?

- 25.** ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente?

SI  NO  ¿Cuál?  Cuándo?

- 26.** ¿Va a ser intervenido quirúrgicamente próximamente?

SI  NO  ¿Cuál?  Cuándo?

- 27.** ¿Ha padecido o padece actualmente cualquier forma o tipo de cáncer, tumor o quiste?

SI  NO  ¿Cuál?  Fecha de diagnostico

MÉDICO DE CABECERA

INSTITUCIÓN A LA QUE PERTENECE  TELÉFONO

MANIFIESTO QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES EXACTA, TENIENDO CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA.

LUGAR

FECHA

FIRMA DEL TITULAR