



## DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

Con el objetivo de recopilar la información necesaria sobre nuestros estudiantes en proceso de movilidad entrante y/o saliente y que nos permita su correcta y oportuna atención en caso de una emergencia médica, agradecemos dar respuesta al siguiente formulario. La información suministrada tiene carácter de declaración jurada y no será usada para ningún otro fin más que el ut supra mencionado.

 Universidad de Origen: \_\_\_\_\_

 Nombre completo: \_\_\_\_\_

 Pasaporte/ DNI: \_\_\_\_\_

 País: \_\_\_\_\_

 Factor RH (signo): \_\_\_\_\_ Grupo Sanguíneo (letra): \_\_\_\_\_

 Estatura: \_\_\_\_\_ m

 Peso: \_\_\_\_\_ kg

 Tuvo Covid-19: SI  NO

- 1 ¿Padece o tiene usted conocimiento de padecer alguna capacidad especial (motriz, visual, auditiva) lesión o enfermedad?

---

---

---

---

---

---



---

---

2 ¿Se encuentra en la actualidad bajo tratamiento médico y/o tomando medicamentos?

---

---

---

---

---

---

---

---

3 ¿Le han practicado o aconsejado alguna cirugía en los últimos 2 años?

---

---

---

---

---

---

---

---

4 ¿Ha sido hospitalizado/a o ha permanecido en una Clínica, Sanatorio u Hospital, o ha recibido tratamiento médico durante los últimos 2 años?

---

---

---

---

---

---

---

---





- 5 ¿Padece algún tipo de alergias? En caso afirmativo, indicar el tratamiento.

---

---

---

---

- 6 De acuerdo a su mejor saber y entender, padece o ha padecido en los últimos 2 años algunas de las siguientes enfermedades:

<b>ENFERMEDAD</b>	<b>RESPUESTA</b>
Hipertensión	
Infarto de miocardio	
Enfermedades del corazón	
Diabetes	
Asma	
Enfermedades respiratorias	
Enfermedades de los riñones	
Ginecológicas	
De próstata o del aparato reproductor	
Lupus	
Enfermedades del hígado	
Enfermedades del páncreas o del sistema digestivo	





Hepatitis A/B/C	
Cáncer	
Tumores	
Quistes	
Pólipos	
Leucemia	
Enfermedades de la sangre	
Epilepsia/ convulsiones	
Derrame cerebral	
Enfermedades de la tiroides u otras glándulas o ganglios linfáticos inflamados	
Alcoholismo	
Abuso de drogas	
Enfermedades mentales o psiquiátricas	
Desórdenes alimenticios	
Pérdida de peso reciente	
Enfermedades reumáticas	
Enfermedades de las articulaciones	
Enfermedades de la columna vertebral SIDA o tiene usted conocimiento de ser portador del virus de la inmunodeficiencia humana (HIV) o alguna prueba sanguínea le dio resultado positivo para anticuerpos del HIV SIDA	
En caso de ser mujer ¿Está embarazada?	





<p><u>NOTA:</u> En caso afirmativo indique fecha probable de parto y estado de salud actual</p>	
---	--

***El que suscribe, da fe que todas las declaraciones y respuestas brindadas en cada uno de los apartados de esta Declaración de Salud están completas y son verdaderas, no habiendo por su parte ocultado información alguna que pudiera desvirtuar la apreciación del riesgo, cuya responsabilidad asume íntegramente aunque un tercero hubiera completado este cuestionario, que declara haber leído y firmado.***

El siguiente espacio es para detallar o agregar información a todas aquellas preguntas contestadas afirmativamente. Indique el número (N°) de pregunta, incluyendo fechas, diagnóstico exacto, tratamiento realizado, estado actual, secuelas y nombre, dirección, del/los médicos consultados.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**ESTE FORMULARIO DEBE SER FIRMADO POR:**

Nombre y Apellido del Médico tratante:

Sello y firma:

Dirección y teléfono:





---

La Universidad Nacional de San Luis (UNSL) se resguarda el derecho de admitir la movilidad en trámite y/o rescindir el acuerdo por el que ésta iba a ser realizada en caso de **no presentar el correspondiente formulario completado y poseer un seguro de salud acorde al mismo.**

Hago constar que toda la información proporcionada es verdadera. Doy permiso de usar dicha información en caso de ser necesario para recibir atención médica, durante mi estancia de movilidad.

Nombre y firma del estudiante

Nombre y firma del médico

Número de tarjeta profesional

